



PERATURAN REKTOR UNIVERSITAS SUMATERA UTARA

NOMOR 11 TAHUN 2020

TENTANG
PEDOMAN AUDIT INTERNAL BERBASIS RISIKO

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

REKTOR UNIVERSITAS SUMATERA UTARA,

- Menimbang:
- a. bahwa tugas dan tanggung jawab Satuan Audit Internal (SAI) sebagaimana diatur di dalam Surat Penetapan Rektor atas *Audit Charter* Nomor 12874/UN5.1.R/KEU/ 2017 tanggal 09 Juni 2017 butir 4.a menyatakan bahwa SAI membantu tugas Rektor dalam melakukan pengawasan dengan menjabarkan secara operasional baik perencanaan, pelaksanaan maupun pemantauan hasil audit;
 - b. bahwa tugas dan tanggung jawab SAI sebagaimana diatur di dalam *Audit Charter* butir 4.i adalah melakukan pengujian kecukupan dan keefektifan pengawasan internal (*internal control*) guna membantu mencegah penyelewengan (*fraud*) dan butir 4.j yang menyatakan bahwa SAI melakukan evaluasi terhadap kebijakan manajemen risiko dan memberi rekomendasi atau saran perbaikan;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Rektor Universitas Sumatera Utara tentang Pedoman Audit Internal Berbasis Risiko;

- MENINGGAT:
1. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional (Lembaran Negara Tahun 2003 Nomor 78, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4301);
 2. Undang-Undang Nomor 1 tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4355);
 3. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi (Lembaran Negara Tahun 2012 Nomor 158, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5366);
 4. Peraturan Pemerintah Nomor 60 Tahun 2008 tentang Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (Lembaran Negara Tahun 2008 Nomor 127, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4890);
 5. Peraturan Pemerintah Nomor 16 Tahun 2014 tentang Statuta Universitas Sumatera Utara (Lembaran Negara Tahun 2014 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5510);
 6. Peraturan Pemerintah Nomor 26 Tahun 2015 tentang Bentuk dan Mekanisme Pendanaan Perguruan Tinggi Negeri Badan Hukum (Lembaran Negara Tahun 2015 Nomor 110, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5699);

7. Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Nomor 66 Tahun 2015 tentang Manajemen Risiko di Lingkungan Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan;
8. Peraturan Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan Nomor 4 Tahun 2016 tentang Pedoman Penilaian dan Strategi peningkatan maturitas Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SPIP);
9. Peraturan Kepala Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan Nomor 6 Tahun 2018 tentang Pedoman Pengawasan Intern Berbasis Risiko;
10. Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan Deputi bidang Pengawasan Penyelenggara Keuangan daerah tentang Pedoman Konsepsi Perencanaan dan Pengawasan Intern Berbasis Risiko bagi APIP Daerah tahun 2018;
11. Keputusan Ketua Asosiasi Auditor Intern Pemerintah Indonesia Nomor: 59/AAIPI/DPN/2018 Tentang Pedoman Perencanaan Audit Berbasis Risiko Auditor Intern Pemerintah Indonesia;
12. Keputusan Majelis Wali Amanat Universitas Sumatera Utara Nomor 1/SK/MWA/I/2020 tanggal 28 Januari 2020 tentang Rencana Strategis Universitas Sumatera Utara Tahun 2020-2024;
13. Peraturan Majelis Wali Amanat Universitas Sumatera Utara Nomor 16 Tahun 2016 tentang Organisasi dan Tata Kelola Universitas Sumatera Utara;
14. Peraturan Rektor Universitas Sumatera Utara Nomor 5 Tahun 2017 tentang Tata Cara Pengelolaan Pendanaan Universitas Sumatera Utara yang Tidak Berasal dari Pemerintah;
15. Peraturan Rektor Nomor 2 Tahun 2019 tanggal 20 September 2019 tentang Pedoman Pelaksanaan Penilaian Risiko di Lingkungan Universitas Sumatera Utara.

MEMUTUSKAN:

Menetapkan: PERATURAN REKTOR UNIVERSITAS SUMATERA UTARA TENTANG PEDOMAN AUDIT INTERNAL BERBASIS RISIKO.

Pasal 1

1. Tujuan dari Pedoman Audit Internal Berbasis Risiko yaitu memberikan keyakinan yang independen dan objektif kepada manajemen organisasi apakah risiko telah dikelola sampai dengan tingkat yang dapat diterima sehingga mampu mendukung pencapaian tujuan Universitas.
2. Manfaat dari Pedoman Audit Internal Berbasis Risiko adalah:
 - a. Tercapainya *output* berupa laporan hasil audit yang berbasis Audit Internal Berbasis Risiko untuk meningkatkan kualitas pengawasan dan memberi nilai tambah (*value added*) bagi para pemangku kepentingan (*stakeholder*) dalam mengambil keputusan dan penetapan kebijakan.
 - b. Sebagai panduan bagi Auditor Satuan Audit Internal USU dalam melaksanakan Audit Internal Berbasis Risiko.

Pasal 2

Ruang lingkup Audit Internal Berbasis Risiko meliputi:

1. Perencanaan Audit Tahunan;
2. Perencanaan Penugasan;
3. Pelaksanaan Penugasan;

4. Komunikasi Hasil Penugasan; dan
5. Pemantauan Tindak Lanjut.

Pasal 3

Pedoman Audit Internal Berbasis Risiko tercantum dalam Lampiran Peraturan Rektor ini dan merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Rektor ini.

Pasal 4

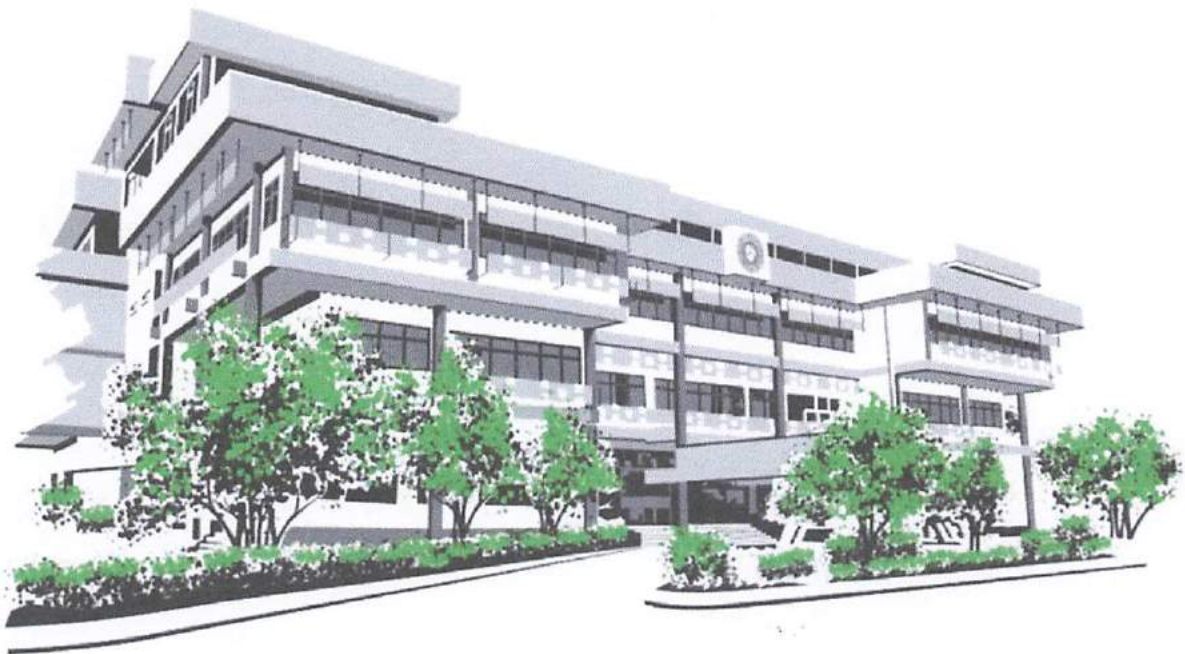
Peraturan Rektor ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Medan
pada Tanggal 22 SEP 2020
REKTOR,

REKTOR RUNTUNG
NIP. 195611101985031002



PEDOMAN AUDIT INTERNAL BERBASIS RISIKO



**SATUAN AUDIT INTERNAL
UNIVERSITAS SUMATERA UTARA
MEDAN
TAHUN 2020**

**TIM PENYUSUN PERATURAN REKTOR TENTANG PEDOMAN AUDIT
INTERNAL BERBASIS RISIKO SATUAN AUDIT INTERNAL (SAI)
UNIVERSITAS SUMATERA UTARA**

Penanggung jawab : Prof. Dr. Runtung, SH, M.Hum
Wakil Penanggung jawab : Prof. Dr. Dr. M. Fidel Ganis Siregar, M.Ked (OG), Sp.OG(K)
Ketua : Dr Narumondang Bulan Siregar, MM, Ak, CA
Wakil Ketua : Drs. Rhusliy Siregar, Ak
Jasmin Kaban, SE, Ak
Koordinator : Ricky Ary Syahputra, SE
Anggota : Elsa Fitri Syuriani, SE, Ak, CA
Rahmadiani, SE, Ak, CA
Aulia Rahman Harahap, SE, MM, Ak, CA
Fredo TSP Hasugian, SE, M.Si, Ak
Iwang Pamungkas, SE
Daulat Hasibuan, SE
Arief Prasetyo, A.Md
Sekretariat : Winda Bagus Pratiwi, SE

DAFTAR ISI

Halaman

DAFTAR ISI	2
BAB I	
PENDAHULUAN	3
A. Latar Belakang.....	3
B. Siklus Kegiatan Audit.....	3
C. Definisi	4
BAB II	
MANAJEMEN RISIKO DAN SISTEM PENGENDALIAN INTERN	
PEMERINTAH (SPIP)	7
A. Gambaran Umum Manajemen Risiko	7
B. Proses Manajemen Risiko.....	7
C. Penerapan Manajemen Risiko dengan Control Self Assessment (CSA)....	11
D. Hubungan antara Manajemen Risiko, Sistem Pengendalian Intern	
Pemerintah (SPIP) dan Audit Internal Berbasis Risiko	11
E. Penilaian Maturitas Manajemen Risiko.....	13
BAB III	
AUDIT INTERNAL BERBASIS RISIKO	15
A. Pengertian dan Tujuan Audit Internal Berbasis Risiko.....	15
B. Tahapan Audit Internal Berbasis Risiko.....	16
C. Peran Audit Internal.....	18
D. Perubahan Paradigma Peran Audit Internal.....	20
BAB IV	
PROGRAM KERJA PENGAWASAN TAHUNAN	23
A. Gambaran Umum Program Kerja Pengawasan Tahunan (PKPT)	
Berbasis Risiko.....	23
B. Standar Audit Program Kerja Pengawasan Tahunan (PKPT).....	23
C. Tahapan Perencanaan Audit Internal Berbasis Risiko.....	24
D. Pendokumentasian Tahap Perencanaan Audit.....	31
BAB V	
PELAKSANAAN AUDIT	32
A. Tujuan dari Tahap Pelaksanaan Audit	32
B. Review Tingkat Kematangan Penerapan Manajemen Risiko	32
C. Tahapan dalam Pelaksanaan Fasilitasi.....	34
D. Pelaksanaan Audit Lanjutan	35
E. Pendokumentasian Tahap Pelaksanaan Audit	37
F. Faktor – Faktor yang Perlu diperhatikan untuk Keberhasilan	
Penerapan <i>Risk Based Internal Audit</i> (RBIA).....	37
BAB VI	
PENGGOMUNIKASIAN HASIL AUDIT	39
A. Tujuan Penyusunan Laporan Hasil Audit.....	39
B. Standar Profesi Audit Internal tentang Penyusunan Laporan Hasil	
Audit	39
C. Penyusunan Konsep Laporan Hasil Audit.....	41
D. Reviu Konsep Laporan Hasil Audit.....	45
E. Penandatanganan Laporan Hasil Audit.....	46
F. Pendistribusian Laporan Hasil Audit.....	46
G. Tindak Lanjut Hasil Audit.....	47
H. Pendokumentasian Kegiatan Audit.....	47
LAMPIRAN	

LAMPIRAN I
PERATURAN REKTOR UNIVERSITAS SUMATERA UTARA
NOMOR II TAHUN 2020
TENTANG
PEDOMAN AUDIT INTERNAL BERBASIS RESIKO

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Auditor internal adalah pejabat pada lingkungan Universitas Sumatera Utara yang mempunyai ruang lingkup, tugas, tanggung jawab dan wewenang untuk melakukan audit internal.

Auditor Internal memiliki tugas utama melakukan audit, evaluasi, reuiu, dan pemantauan. Semua jenis pelaksanaan tugas ini memiliki fungsi yang secara umum sama yaitu memberikan keyakinan kepada pimpinan Universitas bahwa tugas pokok dan fungsi penyelenggaraan Universitas telah berjalan secara efektif, efisien, andal dan senantiasa sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.

Sejak tahun 2019 Kemristekdikti menetapkan target kinerja Rektor dengan tingkat maturitas Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SPIP) level 3, yang mendorong Universitas melaksanakan manajemen risiko dalam kegiatan operasional. Dalam hal Universitas melaksanakan manajemen risiko menuntut Satuan Audit Internal melakukan perubahan strategi audit berbasis risiko.

Untuk dapat menjalankan tugas utama dengan optimal, Satuan Audit Internal sebagai wadah bagi seluruh auditor telah merumuskan standar audit internal. Standar audit internal ini merupakan standar yang wajib dipedomani dan dilaksanakan oleh seluruh auditor internal Universitas Sumatera Utara. Standar ini disusun dengan mengacu pada standar profesi auditor intern professional yang dirumuskan oleh *The Institute of Internal Auditors* (IIA) global dengan modifikasi pada beberapa bagian untuk menyesuaikan dengan karakteristik organisasi pemerintahan di Indonesia.

Agar dapat berkontribusi secara efektif dalam memberikan keyakinan atas pencapaian tujuan pemerintahan serta pelaksanaan kegiatan audit yang optimal, pelaksanaan penugasan harus berfokus pada identifikasi risiko, penilaian risiko, termasuk penilaian atas mitigasi risiko yang telah dijalankan. Untuk dapat melaksanakan penugasan ini, diperlukan suatu perencanaan audit tahunan berbasis resiko (*risk based audit plan*).

Berdasarkan Standar Audit Intern Pemerintah Indonesia yang dipublikasikan oleh Asosiasi Auditor Intern Pemerintah Indonesia (AAIPI), yaitu pada butir 3010, dinyatakan bahwa penentuan prioritas kegiatan audit intern harus didasarkan pada evaluasi/penilaian risiko. Dengan ketentuan standar tersebut, seluruh Audit Internal harus menyusun perencanaan audit tahunannya dengan berbasis pada resiko.

B. Siklus Kegiatan Audit

Siklus kegiatan audit internal tersebut dapat diilustrasikan melalui tahapan sebagai berikut:



Ruang lingkup pedoman audit internal berbasis risiko yang dikembangkan ini difokuskan pada penyusunan Program Kerja Pengawasan Tahunan (PKPT) bagi Satuan Audit Internal (SAI) di Universitas Sumatera Utara.

C. Definisi

- 1) Universitas adalah Universitas Sumatera Utara;
- 2) Rektor adalah Organ Universitas yang memimpin penyelenggaraan dan pengelolaan Universitas;
- 3) Satuan Audit Internal adalah unit Universitas yang mempunyai tugas pokok dan fungsi melakukan pengawasan.
- 4) Audit adalah suatu pemeriksaan atau review yang membandingkan apa yang ada dan apa yang seharusnya dan menyajikan umpan balik untuk tindakan korektif.
- 5) *Auditable* unit atau area audit merupakan bagian dari organisasi (populasi dari *audit universe*) yang, baik secara nyata maupun potensial, mengandung risiko pada tingkatan yang memerlukan aktivitas asuransi oleh auditor intern.
- 6) *Control Self Assessment* adalah melakukan penilaian dan pengendalian risiko secara mandiri.
- 7) *Assurance Activities* adalah suatu kegiatan yang dilakukan oleh auditor internal untuk memberikan keyakinan yang memadai atas ketaatan, kehematan, efisiensi, dan efektivitas pencapaian tujuan penyelenggaraan tugas dan fungsi.
- 8) Kegiatan konsultasi (*Consulting Activities*) adalah suatu kegiatan yang dilakukan oleh auditor internal untuk memberikan masukan yang dapat memelihara dan meningkatkan kualitas tata kelola penyelenggaraan tugas dan fungsi.
- 9) Kematangan risiko (*Risk maturity*) adalah penilaian atas tingkatan bagaimana suatu organisasi memahami risiko dan menangani risiko.
- 10) Manajemen risiko (*Risk management*) adalah suatu pendekatan terstruktur/metodologi dalam mengelola ketidakpastian yang berkaitan dengan ancaman; suatu rangkaian aktivitas manusia termasuk: Penilaian risiko, pengembangan strategi untuk mengelolanya dan mitigasi risiko dengan menggunakan pemberdayaan/pengelolaan sumber daya.

- 11) Audit Internal adalah seluruh proses kegiatan audit, reuiu, evaluasi, pemantauan, dan kegiatan pengawasan lain terhadap penyelenggaraan tugas dan fungsi organisasi dalam rangka memberikan keyakinan yang memadai bahwa kegiatan telah dilaksanakan sesuai dengan tolak ukur yang telah ditetapkan secara efektif dan efisien untuk kepentingan pimpinan dalam mewujudkan tata pemerintahan yang baik.
- 12) Audit Internal Berbasis Risiko (*Risk Based Internal Audit*) adalah audit yang fokus pada risiko dan manajemen risiko sebagai tujuan audit dan memberikan opini yang independen dan obyektif kepada manajemen suatu organisasi apakah risiko dikelola pada tingkat yang dapat diterima.
- 13) Peta Audit (*Audit Universe*) merupakan daftar semua kemungkinan audit yang dapat dilakukan atas entitas-entitas audit.
- 14) Peta Risiko (*Risk Map*) menggambarkan sebaran risiko-risiko yang ada atau teridentifikasi berdasarkan dampak dan kemungkinan terjadinya risiko di Unit Kerja.
- 15) *Internal Audit Charter* adalah pedoman bagi Auditor Internal agar dapat melaksanakan tugasnya secara profesional, memperoleh hasil pengawasan yang sesuai dengan standar mutu, dan dapat diterima oleh berbagai pihak yang berkepentingan terhadap seluruh proses pengawasan.
- 16) Register risiko (*Risk register*) adalah suatu daftar nama risiko, yang diidentifikasi oleh manajemen, yang mengancam pencapaian tujuan organisasi. Informasi dalam register risiko meliputi antara lain nama risiko, nilai dampak dan keterjadian risiko inheren, rancangan pengendalian, nilai dampak dan keterjadian risiko residual dan pemilik risiko. Daftar risiko disusun berdasarkan urutan/skala prioritas.
- 17) Rencana audit (*Audit plan*) adalah suatu daftar audit yang dilaksanakan pada jangka waktu tertentu.
- 18) Risiko inheren (*Inheren risk*) yaitu suatu ukuran yang dipergunakan oleh auditor dalam menilai adanya kemungkinan bahwa terdapat sejumlah salah saji yang material (kekeliruan atau kecurangan) dalam suatu segmen sebelum ia mempertimbangkan keefektifan dan pengendalian intern yang ada.
- 19) Risiko residual (*Residual risk*) yaitu risiko dievaluasi dengan mempertimbangkan respon atau rancangan pengendalian atas setiap risiko yang diambil.
- 20) Risiko signifikan yaitu suatu risiko, inheren atau residual, di atas *risk appetite*.
- 21) Sistem Pengendalian Internal adalah proses yang integral pada tindakan dan kegiatan yang dilakukan secara terus menerus oleh pimpinan dan seluruh pegawai untuk memberikan keyakinan memadai atas tercapainya tujuan organisasi melalui kegiatan yang efektif dan efisien, keandalan pelaporan keuangan, pengamanan aset negara, dan ketaatan terhadap peraturan perundang- undangan.
- 22) Selera Risiko (*Risk Appetite*) adalah tingkatan umum risiko yang secara nyaman ingin diterima pimpinan organisasi dimana organisasi nyaman untuk mengambil dan/atau mempertahankannya dalam rangka mencapai tujuan organisasi tersebut.
- 23) *Risk Reduction* adalah mitigasi risiko dapat dilakukan dengan mengurangi kemungkinan atau dampak.

- 24) Toleransi risiko (*Risk tolerance*) adalah Tingkatan risiko atas pencapaian suatu tujuan yang dapat diterima oleh pimpinan organisasi. Besaran toleransi risiko dipengaruhi oleh preferensi atau selera pimpinan organisasi dalam memandang dan menghadapi risiko.
- 25) Tingkat kematangan manajemen risiko (*Risk maturity level*) adalah kondisi penerapan manajemen risiko yang ada pada saat evaluasi penerapan manajemen risiko dilakukan. Hasil penilaian menunjukkan tingkat kematangan penerapan manajemen risiko yang dikategorikan ke dalam 5 (lima) kategori, yaitu: *Initial, Repeatable, Defined, Managed, Optimised*.
- 26) Tingkat Maturitas Penyelenggaraan SPIP adalah tingkat kematangan/kesempurnaan penyelenggaraan sistem pengendalian intern pemerintah dalam mencapai tujuan pengendalian intern sesuai dengan Peraturan Pemerintah Nomor 60 Tahun 2008 tentang Sistem Pengendalian Intern Pemerintah. Maturitas penyelenggaraan Sistem Pengendalian Intern Pemerintah dikategorikan ke dalam 6 (enam) kategori yaitu belum ada, rintisan, berkembang, terdefinisi, terkelola, dan optimum.

BAB II

MANAJEMEN RISIKO DAN SISTEM PENGENDALIAN INTERN PEMERINTAH (SPIP)

A. Gambaran Umum Manajemen Risiko

Manajemen risiko dapat mengantisipasi lingkungan yang cepat berubah, mengembangkan *good corporate/ government governance*, mengoptimalkan penyusunan manajemen strategis, mengamankan sumber daya dan aset yang dimiliki Universitas, dan mengurangi pengambilan keputusan yang reaktif dari manajemen puncak sehingga pada akhirnya dapat mengefektifkan upaya pencapaian tujuan Universitas.

Definisi yang diberikan oleh para ahli mengenai risiko sesuai dengan disiplin keilmuan dan lingkup keahliannya. Risiko memiliki keterkaitan dengan ketidakpastian.

Beberapa sumber mendefinisikan risiko sebagai berikut:

- 1) Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, Risiko adalah akibat yang kurang menyenangkan (merugikan, membahayakan) dari suatu perbuatan atau tindakan.
- 2) Menurut Peraturan Pemerintah Nomor 60 Tahun 2008, Risiko adalah suatu kejadian yang mungkin terjadi dan apabila terjadi akan memberikan dampak negatif pada pencapaian tujuan instansi pemerintah.
- 3) Menurut *Committee of Sponsoring Organization (COSO)*, Risiko adalah kemungkinan terjadinya sebuah *event* yang dapat mempengaruhi pencapaian sasaran entitas.
- 4) Menurut *The International Organization for Standardization (ISO) 31000*, Risiko adalah efek dari ketidakpastian terhadap pencapaian sasaran organisasi.

Definisi manajemen risiko dari berbagai sumber sebagai berikut:

- 1) Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, Manajemen risiko adalah upaya untuk mengurangi dampak dari unsur ketidakpastian
- 2) Menurut *Enterprise Risk Management (ERM) Committee of Sponsoring Organization (COSO)*, Manajemen risiko adalah proses yang dipengaruhi oleh *Board of Directors*, manajemen dan personel lain dalam entitas, diaplikasikan pada pembentukan strategi dan pada seluruh bagian perusahaan, dirancang untuk mengidentifikasi kejadian potensial yang dapat mempengaruhi entitas, dan mengelola risiko selaras dengan *risk appetite entitas*, untuk menyediakan jaminan yang wajar terhadap pencapaian sasaran dari entitas.
- 3) Menurut *The International Organization for Standardization (ISO) 31000*, Manajemen risiko adalah aktivitas-aktivitas terkoordinasi, yang dilakukan dalam rangka mengelola dan mengontrol sebuah organisasi terkait dengan risiko yang dihadapinya

B. Proses Manajemen Risiko

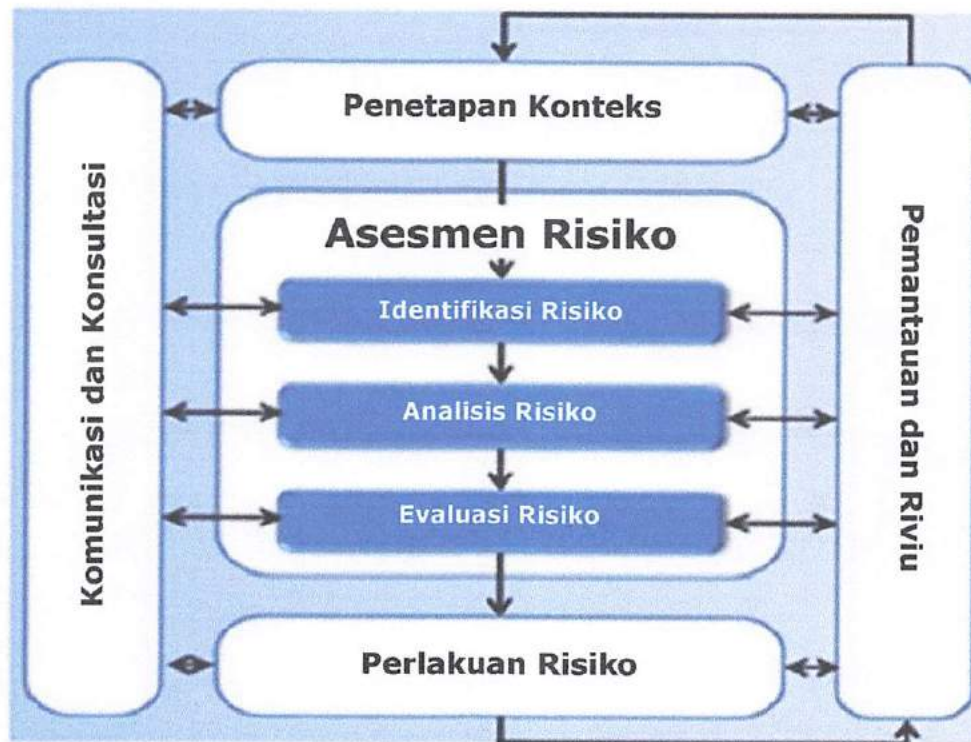
Pemahaman manajemen risiko memungkinkan manajemen untuk terlibat secara efektif dalam menghadapi ketidakpastian dengan risiko dan peluang yang berhubungan, dan meningkatkan kemampuan organisasi untuk

memberikan nilai tambah. Terdapat tiga hal penting yang harus dipahami dalam rangka membangun manajemen risiko, terdiri atas prinsip, kerangka kerja, dan proses.

1) Prinsip Manajemen Risiko

- a. **Menciptakan nilai tambah dan melindunginya (*creates value*)**
Penerapan manajemen risiko harus dapat memberi nilai tambah dan melindungi nilai Universitas. Nilai-nilai yang ingin dibangun dan dihasilkan suatu Universitas tercermin dari visi misi Universitas sehingga penerapan manajemen risiko harus mampu mendukung pencapaian tujuan Universitas.
- b. **Bagian integral dalam proses Universitas**
Tiga aspek utama dalam proses Universitas adalah *governance*, *intern control* dan *risk management*. Ketiga aspek tersebut merupakan satu kesatuan dan manajemen risiko merupakan bagian integral dari proses tersebut.
- c. **Bagian/kontribusi dalam pengambilan keputusan**
Manajemen risiko dibangun untuk dapat memberi gambaran yang merupakan bagain dari sistem peringatan dini (*early warning system*) mengenai peluang dan ancaman dari setiap kebijakan dan keputusan yang akan diambil oleh sebuah Universitas.
- d. **Secara eksplisit menangani ketidakpastian**
Manajemen risiko dapat mengurangi dampak dari ketidakpastian dengan cara memberikan parameter/ukuran terhadap konsekuensi dari sebuah risiko dan merancang tindakan pengendalian untuk mengantisipasi risiko yang akan terjadi.
- e. **Sistematis, terstruktur, dan tepat waktu**
Pemenuhan prinsip ini tercermin dari adanya kebijakan Universitas yang mengatur kerangka kerja dalam penerapan manajemen risiko.
- f. **Berdasarkan informasi terbaik yang tersedia**
Proses manajemen risiko harus berdasarkan dan mengelola informasi yang relevan, kompeten, cukup, serta tepat waktu agar dapat menjadi dasar pengambilan keputusan yang tepat.
- g. **Dibuat sesuai dengan kebutuhan**
Penanganan risiko dilakukan secara selektif berdasarkan hasil identifikasi risiko yang paling signifikan mempengaruhi pencapaian tujuan Universitas.
- h. **Mempertimbangkan faktor manusia dan budaya**
Manajemen risiko mengakui bahwa efektivitas pencapaian tujuan Universitas dipengaruhi oleh pola perilaku dan budaya Universitas sehingga penerapan manajemen risiko mempertimbangkan, sejalan, dan terintegrasi dengan aturan perilaku dan budaya Universitas yang dibangun oleh Universitas.
- i. **Transparan dan inklusif**
Proses manajemen risiko harus dibangun secara terbuka dan melibatkan seluruh insan Universitas untuk menghasilkan keputusan yang tepat, mengingat sistem tata kelola Universitas merupakan proses yang saling mempengaruhi seluruh lini dalam Universitas.

- j. Dinamis, interaktif, dan responsif
Seiring dengan timbulnya peristiwa intern dan eksternal, perubahan konteks, dan pengetahuan maka risiko-risiko baru dapat bermunculan, sedangkan yang ada dapat berubah atau hilang. Oleh karena itu, suatu Universitas harus memastikan bahwa manajemen risiko terus-menerus memantau dan menanggapi perubahan.
 - k. Memfasilitasi perbaikan dan pengembangan berkelanjutan Universitas
Universitas harus mengembangkan dan mengimplementasikan strategi untuk memperbaiki kematangan manajemen risiko mereka bersama aspek-aspek lain dalam Universitas.
- 2) Kerangka Kerja Manajemen Risiko (*framework*)
Tahapan dalam membangun kerangka kerja manajemen risiko:
- a. Mandat dan Komitmen
Pemahaman dan pengamanaan prinsip manajemen risiko harus diinisiasi, didorong, dan diarahkan oleh pimpinan melalui sebuah kebijakan Universitas sebagai upaya membangun komitmen civitas Universitas untuk menerapkannya.
 - b. Perencanaan Kerangka Kerja Manajemen Risiko (*Plan*)
Setelah mandat diperoleh dan komitmen dibangun, maka perlu membuat rancangan pola kerja untuk mengelola risiko. Perencanaan kerangka kerja manajemen risiko mencakup pemahaman mengenai Universitas dan konteksnya, menetapkan kebijakan manajemen risiko, menetapkan akuntabilitas manajemen risiko, mengintegrasikan manajemen risiko ke dalam proses bisnis Universitas, alokasi sumber daya manajemen risiko, dan menetapkan mekanisme komunikasi intern dan eksternal. Setelah melakukan perencanaan kerangka kerja, maka dilakukan penerapan proses manajemen risiko.
 - c. Penerapan Manajemen Risiko
Penerapan ini dilakukan dengan mempertimbangkan beberapa hal, seperti cara mengelola dan mengalokasikan risiko, penetapan komite manajemen risiko, baik itu untuk pimpinan Universitas, penetapan manajer risiko, koordinator risiko, pemilik risiko, dan pengendalian risiko.
 - d. Pemantauan dan Reviu terhadap Kerangka Kerja (*Check*)
Dalam penerapan manajemen risiko, perlu dilakukan monitoring dan reviu terhadap kerangka kerja manajemen risiko.
 - e. Perbaikan Kerangka Kerja Secara Berkelanjutan (*Act*)
Setelah monitoring dan reviu, kerangka kerja manajemen risiko perlu diperbaiki secara berkelanjutan untuk memfasilitasi perubahan yang terjadi pada konteks internal dan eksternal Universitas.
Proses-proses tersebut kemudian berulang kembali untuk memastikan adanya kerangka kerja manajemen risiko yang mengalami perbaikan, berkesinambungan, dan dapat menghasilkan penerapan manajemen risiko yang andal.
- 3) Proses Manajemen Risiko
Proses manajemen risiko dapat digambarkan sebagai berikut:



Setelah kerangka manajemen risiko terbangun, tahap selanjutnya adalah bergerak ke dalam proses manajemen risiko. Ada kaitan antara kerangka kerja dengan proses manajemen risiko, yaitu adanya panah yang menghubungkan antara bagian penerapan manajemen risiko di kotak kerangka kerja dengan kotak proses manajemen risiko.

a. Penetapan Konteks

Penetapan konteks dilakukan untuk:

- Mengidentifikasi tujuan dan sasaran organisasi yang merupakan penjabaran (*cascading*) dari visi dan misi Universitas.
- Mengidentifikasi lingkungan yang berkaitan dengan aktivitas Universitas, yaitu lingkungan intern yang meliputi struktur dan budaya Universitas dan lingkungan eksternal, meliputi pesaing, otoritas, perkembangan teknologi, dan hal-hal lain yang dapat mempengaruhi pencapaian sasaran Universitas.
- Mengidentifikasi pemangku kepentingan, yaitu pihak-pihak di dalam dan di luar Universitas yang terlibat dalam bisnis proses Universitas.
- Perumusan kriteria dampak dan frekuensi keterjadian risiko. Penetapan konteks bertujuan untuk mengungkapkan dan menilai sifat dan kompleksitas dari risiko.

b. Asesmen Risiko/Penilaian Risiko

Penilaian risiko meliputi:

- Identifikasi risiko: Melakukan identifikasi terhadap peristiwa yang mungkin terjadi serta dapat mengganggu efektivitas pencapaian tujuan dan sasaran Universitas.
- Analisis risiko: Menentukan besarnya kemungkinan dan dampak risiko berdasarkan kriteria yang sudah dirumuskan dalam tahapan penetapan konteks. Kemudian menghitung nilai risiko

berdasarkan hasil perkalian antara keduanya sehingga dapat menghitung level risikonya.

- Evaluasi risiko: Mengevaluasi level risiko sebelumnya yang sudah dihitung, untuk menentukan bagaimana penanganan risiko yang akan diterapkan.

c. Penanganan Risiko/Perlakuan Risiko (*Risk Treatment*)

Dalam menghadapi risiko terdapat empat penanganan yang dapat dilakukan oleh Universitas:

- Menghindari risiko (*risk avoidance*),
- Mitigasi risiko (*risk reduction*), dapat dilakukan dengan mengurangi kemungkinan atau dampak;
- Transfer risiko kepada pihak ketiga (*risk sharing*), atau
- Menerima risiko (*risk acceptance*).

d. Komunikasi dan konsultasi

Komunikasi dan konsultasi merupakan hal yang penting mengingat prinsip manajemen risiko yang kesembilan menuntut manajemen risiko yang transparan dan inklusif, dimana manajemen risiko harus dilakukan oleh seluruh bagian Universitas dan memperhitungkan kepentingan dari seluruh *stakeholders* Universitas. Adanya komunikasi dan konsultasi diharapkan dapat menciptakan dukungan yang memadai pada kegiatan manajemen risiko dan membuat kegiatan manajemen risiko menjadi tepat sasaran.

e. Monitoring dan reviu

Hal ini diperlukan untuk memastikan bahwa implementasi manajemen risiko telah berjalan sesuai dengan perencanaan yang dilakukan. Hasil monitoring dan reviu juga dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan untuk melakukan perbaikan terhadap proses manajemen risiko.

C. Penerapan Manajemen Risiko dengan Control Self Assessment (CSA)

Salah satu langkah dalam menerapkan manajemen risiko adalah melakukan penilaian risiko. Unit Kerja di lingkungan Universitas Sumatera Utara yang telah melakukan penilaian risiko diharapkan telah memiliki daftar risiko (*risk register*), yang tersusun berdasarkan urutan/skala risiko dan peta risiko (*risk map*), yang menggambarkan sebaran risiko-risiko yang ada atau teridentifikasi di Unit Kerja di lingkungan Universitas Sumatera Utara.

Control Self Assessment (CSA) terdiri atas *Control and Risk Self Assessment* (CRSA) dan *Risk Self Assessment* (RSA), memfokuskan pada kata "*self*", yang artinya melakukan penilaian dan pengendalian risiko secara mandiri.

D. Hubungan antara Manajemen Risiko, Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SPIP) dan Audit Internal Berbasis Risiko

Universitas mengelola risiko dengan pengidentifikasian, analisis, dan kemudian mengevaluasi perlakuan risiko guna memenuhi kriteria risiko Universitas. Dalam proses manajemen risiko, Universitas berkomunikasi dan berkonsultasi dengan para pemangku kepentingan untuk memastikan bahwa rancangan pengendalian risiko telah memadai.

Peraturan Pemerintah No. 60 Tahun 2008 tentang Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SPIP) menyebutkan bahwa untuk mencapai pengelolaan keuangan negara yang efektif, efisien, transparan, dan akuntabel, menteri/ pimpinan lembaga, gubernur, dan bupati/ walikota wajib melakukan pengendalian atas penyelenggaraan kegiatan pemerintahan dengan berpedoman pada Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SPIP). Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SPIP) bertujuan untuk memberikan keyakinan yang memadai bagi tercapainya efektivitas dan efisiensi pencapaian tujuan penyelenggaraan pemerintahan negara, keandalan pelaporan keuangan, pengamanan aset negara, dan ketaatan terhadap peraturan perundang-undangan. Unsur dalam Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SPIP) meliputi:

1) Lingkungan pengendalian.

Pimpinan Universitas dan seluruh pegawai harus menciptakan dan memelihara lingkungan dalam keseluruhan Universitas yang menimbulkan perilaku positif dan mendukung terhadap pengendalian intern dan manajemen yang sehat.

2) Penilaian risiko

Pengendalian intern harus memberikan penilaian atas risiko yang dihadapi unit Universitas baik dari luar maupun dari dalam. Penilaian risiko terdiri atas identifikasi risiko dan analisis risiko. Dalam rangka penilaian risiko pimpinan Universitas menetapkan tujuan baik tujuan Universitas dan tujuan pada tingkatan kegiatan. Identifikasi risiko sekurang-kurangnya dilaksanakan dengan menggunakan metodologi yang sesuai untuk tujuan, menggunakan mekanisme yang memadai untuk mengenali risiko dari faktor eksternal dan faktor internal; dan menilai faktor lain yang dapat meningkatkan risiko.

3) Kegiatan pengendalian

Kegiatan pengendalian membantu memastikan bahwa arahan pimpinan Universitas dilaksanakan. Kegiatan pengendalian harus efisien dan efektif dalam pencapaian tujuan Universitas.

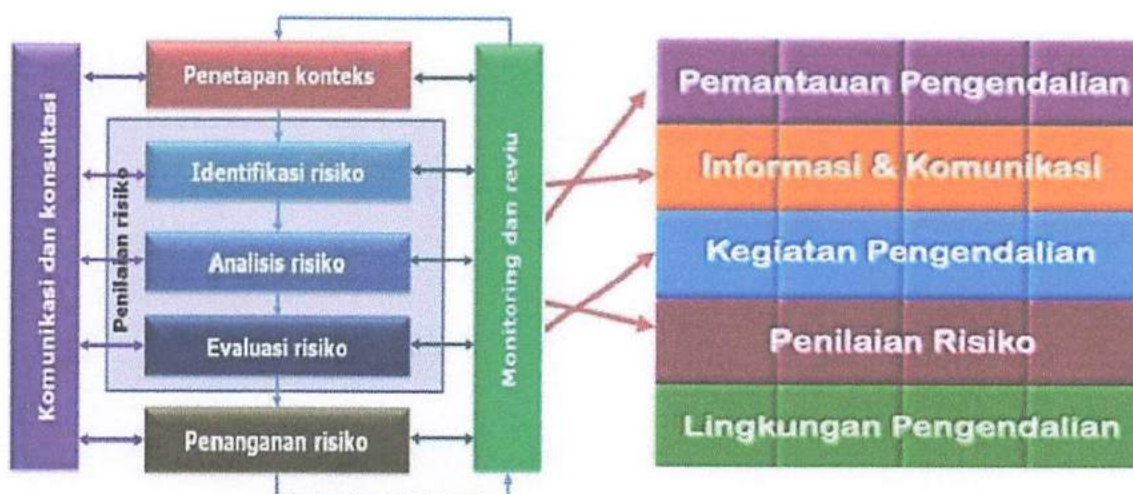
4) Informasi dan komunikasi

Informasi harus dicatat dan dilaporkan kepada pimpinan Universitas dan pihak lain yang ditentukan. Informasi disajikan dalam suatu bentuk dan sarana tertentu serta tepat waktu sehingga memungkinkan pimpinan Instansi Pemerintah melaksanakan pengendalian dan tanggungjawabnya.

5) Pemantauan

Pemantauan harus dapat menilai kualitas kinerja dari waktu ke waktu dan memastikan bahwa rekomendasi hasil audit dan reuiu lainnya dapat segera ditindaklanjuti.

Secara gambar dapat diuraikan Hubungan Manajemen Risiko dengan Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SPIP) sebagai berikut:



Dari gambar tersebut, tampak bahwa proses manajemen risiko sebagaimana dimaksud dalam *The International Organization for Standardization* (ISO) 31000 telah tercermin dalam unsur-unsur penyelenggaraan Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SPIP). Di samping itu, prinsip-prinsip manajemen risiko dalam *The International Organization for Standardization* (ISO) 31000, yang salah satu prinsipnya adalah mempertimbangkan faktor manusia dan budaya, juga mencerminkan unsur lingkungan pengendalian dalam penyelenggaraan SPIP. Hubungan antara Manajemen Risiko, Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SPIP) dengan Audit Internal Berbasis Risiko tampak jelas dari tujuan penerapan Audit Internal Berbasis Risiko yaitu untuk memberikan keyakinan memadai bahwa manajemen risiko Universitas termasuk rancangan dan kegiatan pengendalian terhadap risiko teridentifikasi telah dikelola dengan memadai sehubungan dengan risiko yang dapat diterima (*risk appetite*) yang difokuskan terhadap tiga bidang pokok, yaitu mengevaluasi dan meningkatkan efektivitas manajemen risiko, pengendalian intern, dan tata kelola Universitas.

E. Penilaian Maturitas Manajemen Resiko

Menyimpulkan tingkat kematangan manajemen risiko. Berdasarkan informasi dan dokumen yang diperoleh, Satuan Audit Internal menentukan tingkat kematangan risiko yaitu *risk naive*, *risk aware*, *risk defined*, *risk managed*, dan *risk enabled*. Penjelasan tingkat masing-masing tingkat kematangan disajikan sebagai berikut:

No	Tingkat Kematangan	Penjelasan Singkat
1	<i>Risk Naive</i> (Level 1)	Organisasi dengan tingkat kematangan manajemen risiko <i>Risk Naive</i> belum memiliki pendekatan formal dalam menerapkan Manajemen Resiko
2	<i>Risk Aware</i> (Level 2)	Organisasi dengan tingkat kematangan manajemen risiko <i>Risk Aware</i> memiliki karakteristik pendekatan manajemen risiko yang masih cenderung tertutup (silo)

3	<i>Risk Defined</i> (Level 3)	Organisasi yang <i>Risk Defined</i> telah memiliki strategi dan kebijakan terkait manajemen resiko serta telah dikomunikasikan, selain itu manajemen organisasi juga telah menetapkan selera resiko
4	<i>Risk Managed</i> (Level 4)	Organisasi dengan status <i>Risk Managed</i> telah menggunakan pendekatan secara menyeluruh (<i>Enterprise Approach</i>) dalam mengembangkan manajemen resiko. Organisasi juga telah mengkomunikasikan penerapan Manajemen Resiko.
5	<i>Risk Enabled</i> (Level 5)	Organisasi dengan tingkat kematangan manajemen resiko <i>Risk Enabled</i> memiliki karakteristik utama yaitu manajemen resiko dan pengendalian internal telah sepenuhnya menyatu pada kegiatan operasional organisasi

Dalam menilai tingkat kematangan manajemen risiko, Satuan Audit Internal dapat menggunakan pendekatan yang disusun oleh *Chartered The Institute of Internal Auditors (IIA)* (2014), dapat dilihat pada **lampiran II**.

BAB III AUDIT INTERNAL BERBASIS RISIKO

A. Pengertian dan Tujuan Audit Internal Berbasis Risiko

1) Pengertian Audit Internal Berbasis Risiko

Definisi audit internal menurut *The Institute of Internal Auditors* (IIA) adalah:

"Kegiatan konsultasi dan *assurance* independen yang dirancang untuk memberikan nilai tambah dan perbaikan operasi organisasi. Audit Intern membantu organisasi untuk mencapai tujuannya, melalui pendekatan yang sistematis dan disiplin dalam mengevaluasi dan meningkatkan efektivitas manajemen risiko, pengendalian, proses tata kelola"

Definisi audit internal berbasis risiko menurut *The Institute of Internal Auditors* (IIA) yang lebih dikenal dengan istilah *Risk Based Internal Audit* (RBIA) atau Audit Internal Berbasis Risiko adalah:

"Sebuah metodologi yang menghubungkan audit internal dengan seluruh kerangka manajemen risiko yang memungkinkan proses audit intern mendapatkan keyakinan memadai bahwa manajemen risiko organisasi telah dikelola dengan memadai sehubungan dengan risiko yang dapat diterima (*risk appetite*)" .

Dari definisi tersebut, dapat disimpulkan bahwa terdapat tiga bidang pokok yang menjadi fokus utama dari aktivitas Audit Internal, yaitu mengevaluasi dan meningkatkan efektivitas manajemen risiko, pengendalian internal, dan tata kelola organisasi.

Evaluasi efektivitas manajemen risiko bertujuan untuk memastikan bahwa manajemen telah mengidentifikasi, mengukur, memantau, dan mengendalikan seluruh risiko yang ada. Dalam pelaksanaan evaluasi efektivitas manajemen risiko, auditor internal diharapkan dapat menilai tingkat risiko yang ada apakah masih berada pada tingkat yang dapat diterima, sesuai dengan selera risiko (*risk appetite*) yang ditetapkan oleh pimpinan organisasi atau berada pada tingkat yang sangat melampaui toleransi sehingga dapat mengganggu pencapaian tujuan organisasi. Hasil evaluasi akan menghasilkan tingkat maturitas manajemen risiko organisasi dan digunakan oleh auditor untuk menerapkan jenis audit yang akan dilaksanakan, apakah bersifat *assurance* atau *consulting*.

Evaluasi efektivitas manajemen risiko bertujuan untuk memastikan bahwa manajemen telah mengidentifikasi, mengukur, memantau, dan mengendalikan seluruh risiko yang ada. Dalam pelaksanaan evaluasi efektivitas manajemen risiko, auditor internal diharapkan dapat menilai tingkat risiko yang ada apakah masih berada pada tingkat yang dapat diterima, sesuai dengan selera risiko (*risk appetite*) yang ditetapkan oleh pimpinan organisasi atau berada pada tingkat yang sangat melampaui toleransi sehingga dapat mengganggu pencapaian tujuan organisasi. Hasil evaluasi akan menghasilkan tingkat maturitas manajemen risiko organisasi dan digunakan oleh auditor untuk menerapkan jenis audit yang akan dilaksanakan, apakah bersifat *assurance* atau *consulting*.

Evaluasi efektivitas pengendalian bertujuan untuk menilai bahwa pengendalian yang diterapkan oleh organisasi telah cukup memadai untuk menjaga agar risiko-risiko tetap berada di tingkat yang dapat ditoleransi (di bawah *risk appetite*). *Risk Based Internal Audit* (RBIA) bukan berarti audit terhadap risiko, namun audit terhadap proses manajemen risiko. Konsepsi ini sekaligus menegaskan pemisahan antara peran dan tanggung jawab antara audit intern dengan manajemen risiko.

Manajemen yang bertanggung jawab terhadap manajemen risiko organisasi, dan audit internal mengaudit atau menguji pelaksanaan tanggung jawab tersebut.

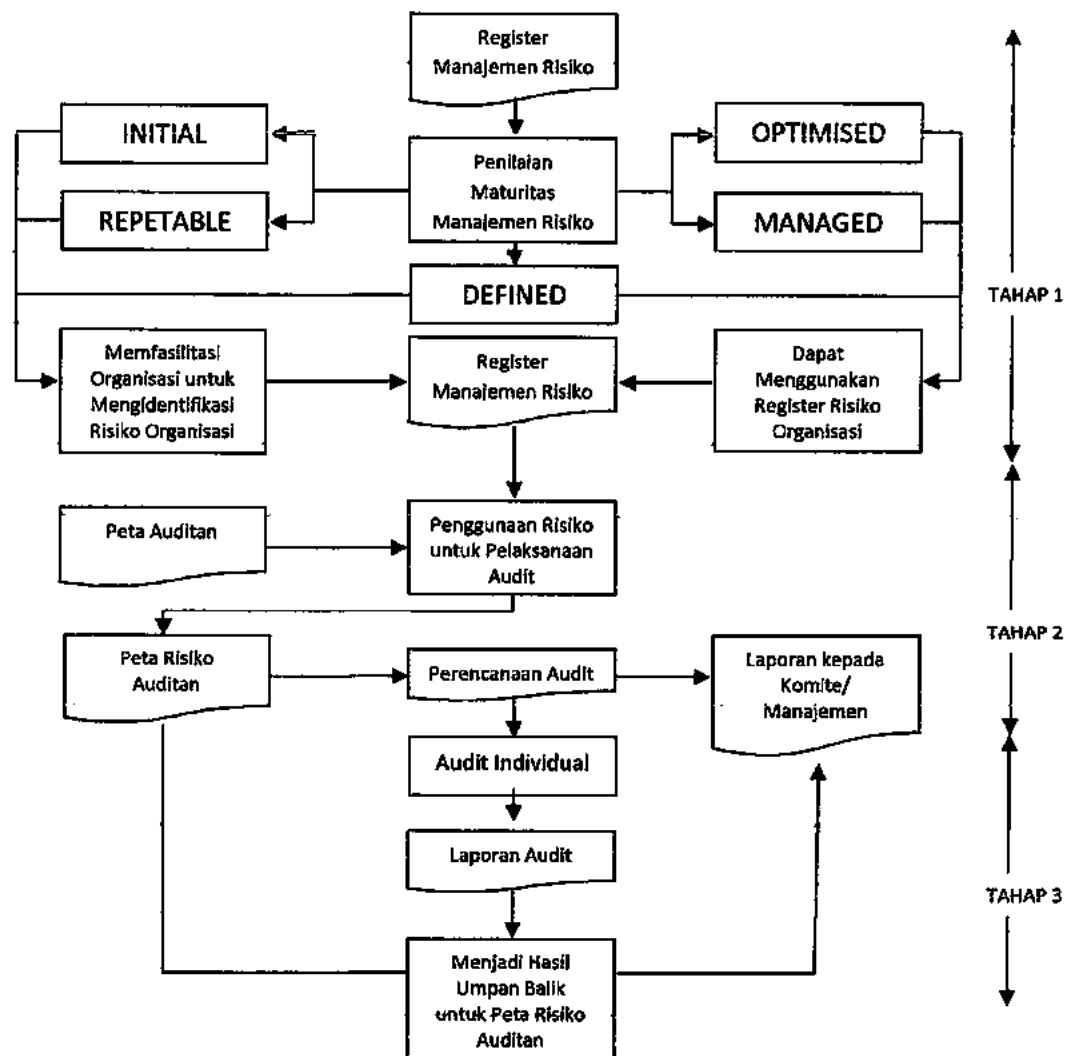
Evaluasi terhadap proses tata kelola ini untuk memastikan bahwa pelaksanaan seluruh aktivitas organisasi telah sesuai dengan kebijakan yang telah ditetapkan, baik yang ditetapkan dalam kebijakan internal, eksternal maupun etika bisnis.

2) Tujuan Audit Internal Berbasis Risiko

Tujuan utama audit internal berbasis risiko yaitu menyediakan keyakinan yang independen dan objektif kepada manajemen organisasi apakah risiko telah dikelola sampai dengan tingkat yang dapat diterima.

B. Tahapan Audit Internal Berbasis Risiko

Tahapan audit internal berbasis risiko dibagi menjadi tiga tahapan, yang dapat digambarkan pada diagram berikut ini:



Sumber: Diolah dari An Introduction of Risk Based Internal Audit (RBIA), David M Griffiths (2015)

1) Tahap I - pada tahap pertama Audit Internal melakukan penilaian efektivitas penerapan manajemen risiko, yang menghasilkan tingkat kematangan manajemen risiko yang diterapkan oleh Universitas, yaitu initial, repeatable, defined, managed atau optimized. Hasil penilaian tingkat kematangan manajemen risiko, digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam

menentukan pendekatan audit yang akan digunakan oleh auditor internal sebagai berikut:

- a. Jika tingkat kematangan manajemen risiko Universitas berada pada level initial atau repeatable.. maka audit internal tidak dapat meyakini sepenuhnya risk register yang sudah disusun Universitas. Dalam kondisi seperti ini, audit internal dapat menjalankan peran konsultatifnya, yaitu bertindak sebagai konsultan dalam proses pemahaman dan penerapan manajemen risiko bagi Universitas.

Dalam menjalankan peran konsultatifnya, audit internal tidak dapat mengidentifikasi risiko tanpa keterlibatan pihak manajemen, karena pemilik dan penanggung jawab risiko adalah manajemen. Hal ini dilakukan untuk menghindari kesalahpahaman pihak manajemen yang menganggap bahwa audit internal yang bertanggung jawab terhadap manajemen risiko Universitas.

- b. Pada kondisi risk defined, pelaksanaan audit diawali dengan verifikasi apakah proses manajemen risiko sudah berjalan dengan efektif. Tahapan audit lebih detail diperlukan untuk meyakinkan bahwa semua risiko sudah diidentifikasi dan pengendalian terhadap risiko tersebut telah berjalan efektif.
- c. Pada kondisi risk managed dan risk optimised , auditor internal menggunakan risk register yang disusun oleh manajemen dan pekerjaan audit tidak lagi diarahkan untuk menemukan kesalahan penetapan risiko atau kelemahan pengendalian. Perhatian khusus diarahkan pada proses manajemen risiko dan verifikasi terhadap pemantauan manajemen atas risiko-risiko kunci dalam Universitas.

- 2) Tahap II - pada tahap kedua Audit Internal menetapkan risiko dan audit universe (Peta Audit) serta menyusun rencana audit untuk pelaksanaan audit.

Audit Internal menyusun audit universe berdasarkan risk register yang telah dinilai tingkat kematangannya pada tahap pertama. Audit universe digunakan untuk menyusun perencanaan dan pelaksanaan audit berikutnya.

Audit Universe (peta audit) merupakan daftar semua kemungkinan audit yang dapat dilakukan atas entitas-entitas audit (auditable units). Audit universe dimanfaatkan untuk perencanaan audit jangka strategis (lebih dari satu tahun), menyusun strategi audit, dan aktivitas audit lainnya. Setiap bulan Desember, Satuan Audit Internal akan menyusun PKPT (Program Kerja Pengawasan Tahunan) untuk tahun berikutnya.

- 3) Tahap III - pada tahap ketiga setelah perencanaan pengawasan tahunan disusun maka dilanjutkan dengan pelaksanaan audit individual. Audit Internal melaksanakan audit berbasis risiko, memperoleh umpan balik hasil audit, dan melaporkan hasil audit.

Keterkaitan Tingkat Maturity Level Penerapan Manajemen Risiko, Pengendalian dan Monitoring dengan Fungsi Audit Intern

Level	Control	Monitoring	Audit Approach
<i>Optimised</i>	Semua risiko telah teridentifikasi dan dinilia. Adanya reuiu risiko secara teratur. Respo telah sesuai	Manajemen memonitor bahwa semua respon dilakukan secara tepat. Semua manajer memberikan	<i>Assurance</i>

Level	Control	Monitoring	Audit Approach
	untuk mengelola risiko	jaminan terhadap efektivitas manajemen risiko dan penilaian kinerja manajemen risiko	
<i>Managed</i>	Semua risiko telah teridentifikasi dan dinilai. Adanya revidi risiko secara teratur. Respon telah sesuai untuk mengelola risiko	Manajemen memonitor bahwa semua respon dilakukan secara tepat. Hampir semua manajer memberikan jaminan terhadap efektivitas manajemen risiko dan penilaian kinerja manajemen risiko	<i>Assurance</i>
<i>Defined</i>	Sebagian besar risiko telah teridentifikasi dan dinilai. Adanya Revidi risiko secara teratur	Beberapa bagian manajemen memonitor bahwa semua respon dilakukan secara tepat	<i>Consultancy</i>
<i>Repeatable</i>	Terdapat pengendalian, tetapi tidak terkait dengan risiko	Sedikit atau kurang adanya monitoring	Tidak dapat dilakukan Audit Intern Berbasis Risiko. Pendekatan konsultasi
<i>Initial</i>	Terdapat pengendalian, tetapi beberapa pengendalian tidak ada atau tidak lengkap	Sangat kecil monitoring, jika adapun sangat lemah	dipergunakan untuk memperkenalkan manajemen risiko hingga tercapainya level <i>Defined</i> .

C. Peran Audit Internal

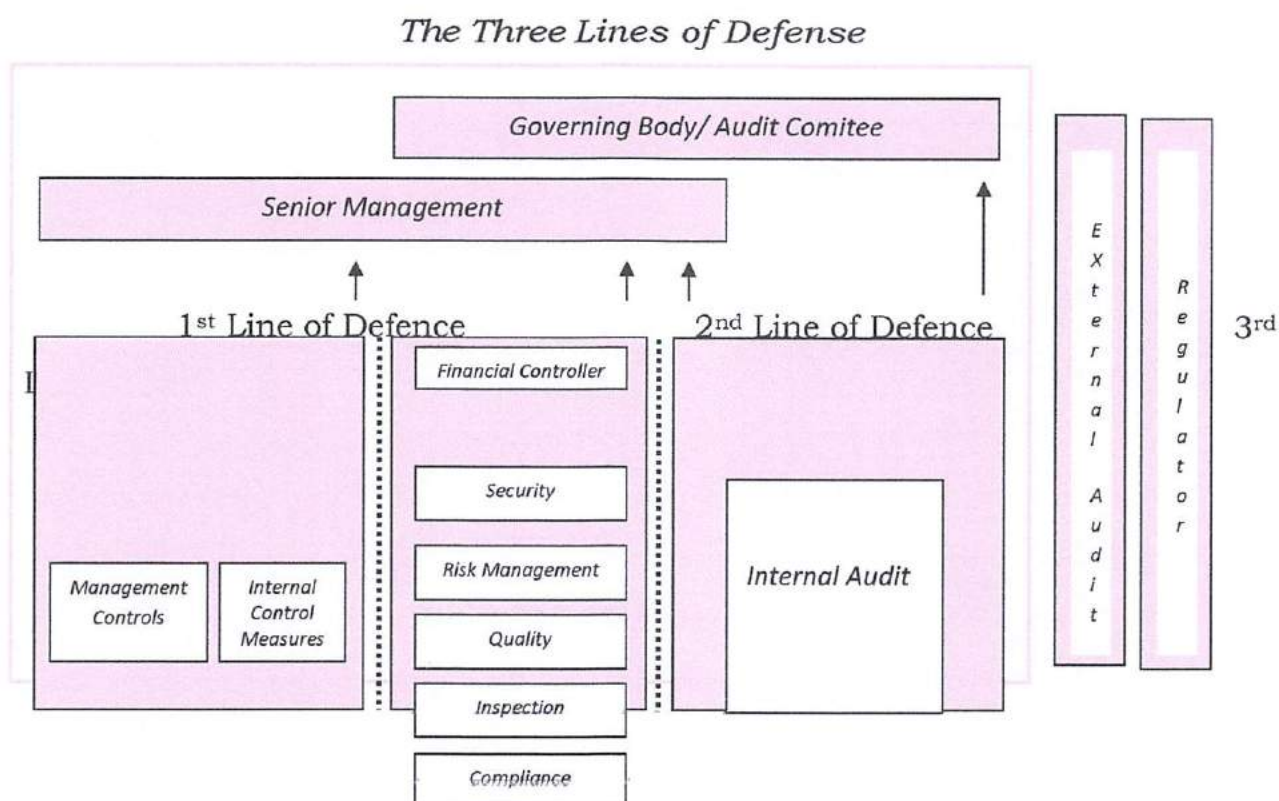
Peran Audit Internal semakin lama semakin strategis dan bergerak mengikuti kebutuhan zaman. Audit Internal diharapkan menjadi agen perubahan yang dapat menciptakan nilai tambah pada produk atau layanan Universitas. Audit Internal sebagai pengawas internal Universitas merupakan salah satu unsur manajemen Universitas yang penting dalam rangka mewujudkan pemerintahan yang baik (good governance), yang mengarah pada birokrasi yang bersih (clean government).

Reformasi birokrasi bertujuan untuk menciptakan birokrasi yang profesional dengan karakteristik adaptif, berintegritas, berkinerja tinggi, bersih dan bebas korupsi, kolusi dan nepotisme, mampu

melayani publik, netral, sejahtera, berdedikasi, dan memegang teguh nilai-nilai dasar dan kode etik aparatur negara.

Peran Audit Internal yang efektif mampu memastikan bahwa kegiatan audit internal yang dilakukan memberikan nilai tambah bagi Universitas dalam mencapai tujuannya, dengan cara menggunakan pendekatan yang sistematis dan teratur untuk menilai dan meningkatkan efektivitas dari proses manajemen risiko, kontrol (pengendalian), dan tata kelola (sektor publik).

Kegiatan audit internal harus dapat mengevaluasi dan memberikan rekomendasi yang sesuai untuk meningkatkan proses tata kelola Universitas dalam pemenuhan atas tujuan Universitas. Untuk hal ini sangat diperlukan pelaksanaan audit berbasis risiko. Tetapi Risk Based Internal Audit (RBIA) tidak mungkin diterapkan apabila organisasi Perguruan Tinggi tidak menyiapkan dan menerapkan The Three Lines of Defense pada institusi, yang membagi peran dan tanggung jawab serta pengendalian manajemen resiko menjadi 3 lini/lapisan pertahanan.



Sumber: The Institute of Internal Auditors (2013)

Peran Audit Internal semakin lama semakin strategis dan bergerak Sesuai dengan The Three Lines of Defense Model, audit internal menjadi lapisan paling akhir dari mekanisme tiga lapis pertahanan dalam mengelola risiko organisasi. Lapisan pertama terletak pada setiap unit kerja sebagai risk owner, karena memang pada dasarnya setiap unit kerja memiliki risiko, apapun jenis dan lingkup pekerjaannya. Lapisan kedua adalah pada unit manajemen risiko (managing risk/ risk controller), dan yang ketiga adalah pada audit internal. Sebagai lapisan paling akhir, Audit Internal melakukan audit terhadap pelaksanaan seluruh unit kerja untuk memastikan risiko

telah dikelola dan dikendalikan dengan baik untuk mencapai tujuan organisasi.

Oleh karena itu, pimpinan Audit Internal harus mampu mengelola sumber daya sesuai dengan praktik-praktik yang sehat, meliputi sumber daya manusia, keuangan, dan peralatan. Dengan terbatasnya alokasi sumber daya manusia, pimpinan Audit Internal hendaknya membuat skala prioritas pada kegiatan audit internal yang mempunyai risiko terbesar dan selaras dengan tujuan Audit Internal, serta pada kegiatan audit internal yang menurut peraturan perundang-undangan harus diselesaikan dalam periode waktu tertentu.

Kegiatan audit internal harus dapat mengevaluasi efektivitas dan berkontribusi terhadap perbaikan proses manajemen risiko. Karenanya, diperlukan suatu metodologi yang efektif dalam melakukan audit internal, yaitu Audit Internal Berbasis Risiko. Penerapan Audit Internal Berbasis Risiko mengutamakan terhadap pengelolaan atas risiko-risiko signifikan Universitas. Dengan Audit Internal Berbasis Risiko ini, sebuah Universitas dapat mendistribusikan sumber daya audit dengan memprioritaskan unit-unit yang memang perlu dilakukan audit berdasarkan pertimbangan risiko yang dihadapi oleh unit kerja yang bersangkutan.

D. Perubahan Paradigma Peran Audit Internal

Tahapan audit internal berbasis risiko dibagi menjadi tiga tahapan, yang Peningkatan peran Audit Internal yang semakin strategis memberikan konsekuensi perubahan paradigma peran audit internal. Banyak hal yang dapat dilakukan dan atau yang harus dilakukan terkait dengan perubahan paradigma peran audit internal. Terkait dengan fungsi assurance dan consulting dan sesuai dengan tujuan audit internal berbasis risiko, yaitu memastikan bahwa risiko telah dikelola dan dikendalikan sesuai dengan tingkat resiko yang dapat diterima (*acceptable level*).

Berikut ini disajikan Karakteristik Perbedaan Penggunaan Metode Audit Intern

Karakteristik Perbedaan Penggunaan Metode Audit Internal

KARAKTERISTIK	METODE KONVENSIONAL	METODE RISK BASED
Fokus	Pengendalian internal	Risiko Bisnis (Risiko Prioritas)
Respon	Reaktif, Setelah diketahui terdapat temuan (<i>after the fact</i>), diskontinu, pengamat menjadi inisiatif perencanaan strategis	Korektif, waktu sebenarnya (<i>real time</i>), pemantauan terus-menerus, berpartisipasi aktif dalam perencanaan strategis
Pengujian	Pengendalian yang penting	Risiko-risiko yang penting
Metode	menekankan pada kelengkapan pengujian pengendalian rinci	Menekankan pada signifikansi cakupan

KARAKTERISTIK	METODE KONVENSIONAL	METODE RISK BASED
		risiko- risiko secara umum
Rekomendasi	pengendalian internal: 1. Memperkuat pengendalian 2. Biaya – Manfaat 3. Efisien – Efektif	Manajemen Risiko: 1. Hindari/ diversifikasi risiko 2. Bagi/ pindahkan risiko 3. Kendalikan /terima risiko
Laporan	Melaporkan keberfungsian pengendalian	Melaporkan risiko- risiko proses dan manajemennya
Peran	Fungsi penilaian independen	Tata Kelola Organisasi secara terpadu (<i>Integrated good governance</i>)

Kelemahan Utama Praktik Audit Internal metode Konvensional/ tradisional adalah :

- 1) Audit internal lebih mengedepankan aspek pengendalian,
- 2) Mengarahkan auditor pada aspek tertentu (fungsi, proses bisnis, aset, atau area organisasi tertentu), yang sebetulnya bukan menjadi fokus dan tujuan utama/ strategis manajemen puncak, akibatnya hasil audit internal belum menunjang kebutuhan manajemen,
- 3) Rekomendasi hasil audit yang diberikan dapat hanya menambah beban control manajemen,
- 4) Fungsi auditor internal dinilai kurang efektif untuk membantu manajemen puncak dalam meredam, mengurangi, memindahkan atau meniadakan kemunculan suatu risiko dan/ atau besar dampak risiko yang ditimbulkan.

Sebaliknya kelebihan pada Praktik Audit Internal metode *Risk Based Internal Audit* (RBIA) adalah :

- 1) Audit internal lebih mengedepankan aspek risiko bisnis (risiko prioritas),
- 2) Mengarahkan auditor pada fokus dan tujuan utama/ strategis manajemen puncak,
- 3) Hasil audit internal menunjang kebutuhan manajemen karena sistem audit internal akan mampu untuk menyimpulkan bahwa:
 - a. Manajemen telah mengidentifikasi, menilai dan merespon risiko di atas dan di bawah *risk appetite*
 - b. Respon terhadap risiko efektif tetapi tidak berlebihan dalam mengelola risiko yang melekat pada *risk appetite*
 - c. Jika risiko residual tidak sejalan dengan *risk appetite*, ada tindakan untuk memperbaiki hal tersebut
 - d. Prosedur manajemen risiko sedang dipantau oleh manajemen
 - e. Risiko, respon dan tindakan diklasifikasikan dengan benar dan dilaporkan

- 4) Fungsi auditor internal dinilai efektif untuk membantu manajemen puncak dalam meredam, mengurangi, memindahkan atau meniadakan kemunculan suatu risiko dan/ atau besar dampak risiko yang ditimbulkan.

BAB IV

PROGRAM KERJA PENGAWASAN TAHUNAN

A. Gambaran Umum Program Kerja Pengawasan Tahunan (PKPT) Berbasis Risiko

Pada dasarnya, PKPT meliputi pengumpulan dan pengawasan yang akan dilakukan. Perencanaan pengawasan dibagi menjadi dua bagian, yaitu: (1) perencanaan pengawasan tahunan; dan (2) perencanaan pengawasan individu (penugasan audit).

Perencanaan pengawasan melibatkan dan merupakan tanggung jawab dari pimpinan dan staf satuan audit internal. Pada pembahasan ini dijelaskan secara ringkas tentang penyusunan Program Kerja Pengawasan Tahunan (PKPT) dan perencanaan pengawasan individu (penugasan audit).

1) Program Kerja Pengawasan Tahunan

Dalam menyusun Program Kerja Pengawasan Tahunan (PKPT), Audit Internal harus memiliki informasi hasil identifikasi dan penilaian risiko (*risk assessment*) atas berbagai satuan kerja di lingkungan Universitas Sumatera Utara dan kegiatan *auditee*. Hasil penilaian risiko atas risiko teridentifikasi menjadi dasar penetapan kegiatan atau obyek audit. Dalam hal Audit Internal tidak memiliki informasi hasil *risk assessment* atau register risiko yang disusun oleh satuan kerja belum dapat diandalkan sebagai dasar penyusunan Program Kerja Pengawasan Tahunan (PKPT), Audit Internal dapat menetapkan parameter-parameter atau faktor yang menjadi dasar untuk menetapkan kegiatan atau obyek yang akan diaudit dalam satu tahun ke depan melalui kebijakan pengawasan yaitu setiap satuan kerja di audit minimal 3 tahun sekali, melihat skala prioritasnya.

2) Perencanaan pengawasan individu (penugasan audit).

Sesuai dengan Program Kerja Pengawasan Tahunan (PKPT) sebagaimana diuraikan pada poin 1 di atas, telah ditetapkan objek pengawasan/*auditee* beserta jadwalnya. Dalam hal ini setiap bulan pimpinan Satuan Audit Internal menetapkan objek pengawasan yang akan diaudit, jangka waktu, komposisi tim auditor beserta penetapan sasaran dan tujuan audit. Surat Tugas disusun dan ditandatangani oleh Rektor. Setiap penugasan audit, Ketua tim menyusun Audit Program yang disetujui oleh Pengendali Teknis. Dalam hal tertentu Pimpinan Universitas dapat memberikan penugasan diluar dari Program Kerja Pengawasan Tahunan (PKPT).

B. Standar Audit Program Kerja Pengawasan Tahunan (PKPT)

Menurut Standar Internasional Praktik Profesional Audit Internal tahun 2017 Auditor Internal harus menyusun dan mendokumentasikan rencana untuk setiap penugasan yang mencakup tujuan penugasan, ruang lingkup, waktu, dan alokasi sumber daya. Rencana penugasan harus mempertimbangkan strategi organisasi, tujuan dan risiko-risiko yang relevan untuk penugasan itu.

Sesuai maturitas Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SPIP) level 3 maka Auditor Internal harus menyusun perencanaan audit berbasis risiko untuk menetapkan prioritas kegiatan audit internal, sesuai dengan tujuan organisasi. Perencanaan penugasan sebagai aktivitas audit internal harus didasarkan atas penilaian risiko yang terdokumentasikan, yang dilakukan sekurang-kurangnya setahun sekali. Selanjutnya Auditor Internal harus

mempertimbangkan penerimaan rencana penugasan konsultansi berdasarkan potensi peningkatan pengelolaan risiko, nilai tambah, dan peningkatan kegiatan operasional yang dapat diberikan dari penugasan tersebut. Penugasan yang diterima harus tercakup dalam perencanaan.

C. Tahapan Perencanaan Audit Internal Berbasis Resiko

Dalam perencanaan audit internal tahunan berbasis risiko, pemahaman atas tujuan dan sasaran klien serta risiko yang menyertainya akan memudahkan auditor internal memberikan jaminan terhadap kemungkinan satuan kerja dalam mencapai tujuan yang dimandatkan. Bagi auditor internal kondisi ini memudahkan penugasan dalam memberikan nilai tambah dan meningkatkan operasi organisasi. Melalui pemahaman akan risiko satuan kerja, auditor internal akan lebih mudah dalam mengarahkan aspek-aspek kegiatannya agar fokus pada sistem manajemen satuan kerja yang paling memerlukan perhatian. Oleh karena itu, standar audit internal mengharuskan auditor internal untuk memahami risiko-risiko satuan kerja sebagai dasar perencanaan-perencanaan penugasannya.

Auditor internal dapat memperoleh informasi tentang risiko satuan kerja dari penelaahan atas daftar risiko yang dibuat manajemen satuan kerja atau dari pelaksanaan asesmen risiko yang dilakukan oleh auditor internal sendiri. Agar dapat memperoleh pemahaman yang tepat atas risiko satuan kerja, auditor internal dianjurkan untuk melaksanakan beberapa kegiatan seperti berikut:

1) Memahami Auditan dan Proses Bisnisnya

Pemahaman tentang auditan dan proses bisnisnya diperlukan untuk memudahkan pengkategorian yang digunakan Satuan Audit Internal dalam menyusun Peta Auditan dan memastikan obyek audit yang dimasukkan ke dalam Peta Auditan masih relevan.

Pemahaman tentang auditan dan proses bisnisnya dapat dilakukan dengan mengacu kepada informasi tentang Struktur Organisasi, Perencanaan yang akan dilakukan, Rencana Strategis Universitas Sumatera Utara, Rencana Kerja Anggaran Universitas Sumatera Utara, Daftar Pelaksanaan Anggaran Universitas Sumatera Utara, Perundang-undangan, Peraturan Rektor Universitas Sumatera Utara, dan Peraturan di lingkungan Universitas Sumatera Utara hingga mekanisme pelaporan Akuntabilitas.

2) Menyusun Peta Auditan

Peta auditan merupakan titik awal dalam menyusun perencanaan pengasawan. Dalam menyusun peta auditan pemahaman akan auditan dan proses bisnisnya menjadi salah satu dasar yang akan mempermudah auditor internal dalam menyusun peta auditan.

3) Menyusun dan Menetapkan Area Audit

Hasil pemahaman atas auditan dan proses bisnisnya, Satuan Audit Internal akan menyusun Program Kerja Pengawasan Tahunan (PKPT) yang berisi Satuan Kerja yang menjadi sasaran audit berdasarkan prioritas yang dilakukan pada tahapan-tahapan berikutnya.

Dalam menyusun dan menetapkan area audit perlu diperhatikan dan dipertimbangkan beberapa informasi antara lain :

- a. Tujuan strategis organisasi;
- b. Proses bisnis organisasi dan struktur organisasi;

- c. Kegiatan utama dari organisasi;
 - d. Lokasi dari unit-unit kerja organisasi;
 - e. Profil risiko organisasi dan selera;
 - f. Hasil revidu atas pengendalian internal dan manajemen risiko organisasi;
 - g. Sumber daya dan kemampuan tim audit internal; dan
 - h. Regulasi terkait.
- 4) Menilai Tingkat Kematangan Manajemen Risiko
- Penilaian atas tingkat kematangan manajemen risiko yang dimiliki organisasi (*risk maturity assessment*) menjadi rujukan bagi tahap penentuan risiko utama yang dihadapi oleh manajemen yang akan menjadi obyek pengawasan. Hal-hal yang perlu dilakukan oleh Satuan Audit Internal dalam menilai tingkat kematangan manajemen risiko antara lain:
- a. Menggali tingkat pemahaman jajaran manajemen akan manajemen risiko dan proses-proses apa saja yang telah dilakukan dalam rangka membangun manajemen risiko Universitas/satuan kerja selama ini.
 - b. Mengumpulkan berbagai informasi dan dokumen yang terkait dengan manajemen risiko, seperti tujuan Universitas, bagaimana risiko dianalisis dari sisi dampak maupun keterjadian, proses penilaian risiko, bagaimana manajemen mempertimbangkan dan memandang risiko dalam penentuan keputusan, dan register risiko.
 - c. Menyimpulkan tingkat kematangan manajemen risiko. Berdasarkan informasi dan dokumen yang diperoleh, Satuan Audit Internal menentukan tingkat kematangan risiko yaitu *risk naive*, *risk aware*, *risk defined*, *risk managed*, dan *risk enabled*.

Tingkat maturitas penyelenggaraan Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SPIP) merupakan kerangka kerja yang memuat karakteristik dasar yang menunjukkan tingkat kematangan penyelenggaraan Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SPIP) yang terstruktur dan berkelanjutan. Satuan Audit Internal dapat mengadopsi skor maturitas Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SPIP) yang telah diterapkan oleh satuan kerja yang bersangkutan. Satuan Audit Internal harus berfokus kepada skor maturitas Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SPIP) pada setiap unsur. Dari skor tersebut, audit internal dapat mengetahui skor kematangan penilaian risiko dari satuan kerja. Satuan Audit Internal dapat menggunakan hasil penilaian risiko dan rencana tindak pengendalian dalam Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SPIP) apabila skor maturitas Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SPIP) berada pada level 4 atau 5 dimana semua unsur harus memiliki skor minimal 4. Perencanaan audit internal berbasis risiko dapat diterapkan secara optimal pada kondisi *risk enabled* dan *risk managed*. Terhadap organisasi dengan tingkat kematangan manajemen risiko di bawah kedua level *risk enabled* dan *risk managed* tersebut, Satuan Audit Internal mengevaluasi proses perumusan untuk menilai keakuratan register risiko sebelum digunakan dalam perencanaan audit. Selain itu Satuan Audit Internal juga melakukan kegiatan audit yang bersifat layanan konsultasi untuk mendorong manajemen melakukan identifikasi dan penilaian risiko serta menyusun register risiko sehingga register risiko

sebagai hasil penilaian risiko satuan kerja tersebut dapat digunakan dalam penyusunan perencanaan audit.

5) Menentukan Nilai Resiko Utama/Skala Prioritas

Setelah Satuan Audit Internal menentukan atau memperoleh informasi tingkat kematangan manajemen risiko, maka tahap berikutnya adalah menentukan dasar yang digunakan untuk menyusun prioritas risiko utama satuan kerja. Langkah ini merupakan langkah yang sangat krusial dalam pembuatan perencanaan audit internal berbasis risiko.

Tingkat kematangan manajemen risiko akan menentukan data mana yang akan digunakan dalam penentuan prioritas risiko utama satuan kerja. Satuan Audit Internal menggunakan register risiko yang disusun oleh manajemen jika tingkat kematangan manajemen risiko satuan kerja berada pada *risk managed* (Level 4) atau *risk enabled* (Level 5). Apabila satuan kerja belum memiliki kerangka manajemen risiko dan register risiko, Satuan Audit Internal melakukan kegiatan pengawasan yang bersifat layanan konsultasi dengan bertindak sebagai fasilitator untuk mendorong manajemen melakukan identifikasi dan penilaian risiko serta menyusun register risiko untuk meningkatkan tingkat kematangan manajemen risiko satuan kerja sehingga register risiko sebagai hasil penilaian risiko satuan kerja tersebut dapat digunakan dalam penyusunan Program Kerja Pengawasan Tahunan (PKPT). Selanjutnya, jika tingkat kematangan manajemen risiko satuan kerja berada pada level 1 (*risk naive*), level 2 (*risk aware*), atau level 3 (*risk defined*), Satuan Audit Internal mengevaluasi tingkat keandalan rencana tindak pengendalian/register risiko. Satuan Audit Internal harus memastikan bahwa semua risiko telah diidentifikasi, penilaian dampak dan keterjadian telah dilakukan dengan memadai, dan pengendalian yang memadai telah diterapkan. Bila manajemen risiko dianggap sudah andal, Satuan Audit Internal dapat menggunakan informasi tingkat risiko dalam register risiko untuk penentuan prioritas dalam Program Kerja Pengawasan Tahunan (PKPT). Namun jika belum andal, Satuan Audit Internal harus melakukan fasilitasi penerapan manajemen risiko.

Dalam menentukan risiko utama satuan kerja, Satuan Audit Internal dapat menjalankan langkah- langkah sebagai berikut :

a. Memperoleh Register Risiko

Satuan Audit Internal menggunakan register risiko yang dibuat secara mandiri oleh manajemen atau hasil fasilitasi Satuan Audit Internal untuk menyusun perencanaan audit internal. Register risiko tersebut telah mencakup hasil identifikasi risiko dan penanganan risiko di seluruh kegiatan satuan kerja. Untuk menentukan signifikansi dari risiko, internal auditor dapat menggunakan dua variabel yang sering digunakan dalam pembuatan register risiko, yaitu dampak dan tingkat keterjadian dari risiko tersebut. Data ini juga dapat diperoleh dari register risiko yang disusun oleh manajemen. Satuan Audit Internal harus lebih fokus ke area yang memiliki risiko inheren tinggi. Langkah ini sangat penting untuk Satuan Audit Internal agar sumber daya yang dimiliki dapat dialokasikan secara efektif untuk area yang memiliki paparan risiko tertinggi yang akan berdampak pada tujuan satuan kerja serta risiko yang ditangani dengan tidak baik oleh satuan kerja. Selain itu Satuan Audit Internal perlu mempertimbangkan efektivitas

pengendalian yang diterapkan oleh manajemen jika kondisi penerapan manajemen risiko telah berada pada level 4 ataupun 5.

b. Penentuan Prioritas Risiko untuk Menjadi Target Audit

Dalam penentuan prioritas risiko untuk menjadi target audit, auditor internal memeringkatkan/mengurutkan risiko berdasarkan pertimbangan sebagai berikut:

- Skor risiko inheren
Risiko inheren yang paling signifikan harus menjadi fokus dari Satuan Audit Internal. Risiko inheren digunakan karena audit yang akan dilakukan oleh Satuan Audit Internal akan mengevaluasi efektivitas dari pengendalian yang ada. Besar kecilnya risiko inheren merupakan salah satu kriteria utama dalam penentuan prioritas risiko.
- Efektivitas pengendalian dalam menurunkan risiko inheren
Semakin manajemen memiliki keyakinan yang tinggi atas efektivitas suatu pengendalian yang diterapkannya untuk menurunkan risiko, semakin tinggi prioritasnya bagi Satuan Audit Internal untuk masuk perencanaan audit. Satuan Audit Internal harus melihat skor pengendalian (risiko inheren dikurangi risiko residual) yang ada, sehingga semakin besar skor pengendalian (*control*) maka semakin tinggi prioritasnya untuk menjadi obyek audit.
- Jasa penjaminan lain yang telah ada
Risiko yang telah menjadi obyek audit oleh pihak pemberi penjaminan lainnya maka semakin rendah prioritasnya. Bila dirasa jasa penjaminan yang telah ada mampu untuk menjamin bahwa pengendalian telah berjalan secara efektif, maka audit internal bisa mengabaikan risiko tersebut.
- Permintaan dari Pimpinan Universitas/Satuan Kerja yang terkait
Kategori risiko yang menurut Pimpinan perlu dilakukan *assurance* (penjaminan) yang objektif setiap periode maka makin tinggi prioritasnya.

Satuan Audit Internal dapat menggunakan faktor risiko untuk menyeleksi/meranking *auditable unit* yang akan menjadi obyek audit. Faktor risiko dapat diartikan sebagai istilah yang digunakan untuk menggambarkan faktor-faktor umum yang dapat mengindikasikan tingkat risiko yang lebih tinggi dan/atau mempengaruhi prioritas pada suatu bagian dari Peta Auditan. Faktor risiko yang paling umum digunakan antara lain materialitas keuangan, kompleksitas kegiatan, lingkungan pengendalian, sensitivitas terhadap reputasi, risiko inheren, tingkat perubahan di organisasi auditan, tingkat kepercayaan terhadap manajemen, potensi kecurangan, waktu terakhir kali diaudit, dan volume transaksi.

Berdasarkan rangking tersebut, kemudian memilih risiko mana yang akan dikaitkan dengan unit layak audit (*auditable unit*) dalam tahun ini, dan risiko mana yang akan dikaitkan dengan unit layak audit lebih dari setahun sekali. Satuan Audit Internal harus menetapkan kebijakan untuk menetapkan risiko mana yang layak untuk diaudit ataupun seberapa sering audit harus dilakukan. Tidak harus seluruh risiko yang nilainya berada di atas selera risiko diaudit tiap tahun.

Contoh Kebijakan Resiko *Auditable Unit*

Keterjadian	5	5 Setiap Tiga Tahun	10 Setiap Dua Tahun	15 Setiap Tahun	20 Setiap Tahun	25 Setiap Tahun
	4	4 Setiap Empat Tahun	8 Setiap Dua Tahun	12 Setiap Tahun	16 Setiap Tahun	20 Setiap Tahun
	3	3 Setiap Empat Tahun	6 Setiap Tiga Tahun	9 Setiap Tahun	12 Setiap Tahun	15 Setiap Tahun
	2	2 Tidak Pernah	4 Setiap Empat Tahun sekali	6 Setiap Tiga Tahun	8 Setiap Dua Tahun	10 Setiap Dua Tahun
	1	1 Tidak Pernah	2 Tidak Pernah	3 Setiap Empat Tahun	4 Setiap Tiga Tahun	5 Setiap Tiga Tahun
		1	2	3	4	5
		Dampak				

Berdasarkan Contoh Kebijakan *Risiko Auditable Unit* di atas, terlihat bahwa risiko yang memiliki dampak yang berada pada level sangat signifikan, signifikan dan moderat (level 3 sampai dengan level 5) dan kemungkinan terjadinya cukup tinggi (level 3 sampai dengan level 5) yang diaudit setiap tahun. Sedangkan untuk risiko yang dibawahnya yang memiliki dampak ataupun kemungkinan keterjadian yang lebih kecil, Satuan Audit Internal dapat menetapkan kebijakan untuk mengaudit setiap dua, tiga, atau empat tahun sekali.

6) Menyusun dan Memutakhirkan *Audit Universe* serta Menetapkan Area Audit

Hasil pemahaman atas klien, aktivitas dan manajemen risikonya perlu dipetakan dalam *audit universe* yang memuat *auditable units* untuk tahun berikutnya. Dari *audit universe* ini, auditor internal akan menyusun Rencana Audit Internal Tahunan yang berisi *auditable units* berdasarkan prioritas yang dilakukan pada tahapan-tahapan berikutnya. Penyusunan *audit universe* memudahkan auditor internal untuk mengorganisasikan kegiatan perencanaan audit tahunan dengan mengurangi kemungkinan terlewatnya aspek penting yang berpotensi menghasilkan rangkaian penugasan yang tidak efektif. Selain itu, penyusunan *audit universe* dapat mengurangi terjadinya pengulangan atau tumpang tindih yang berpotensi menghasilkan rangkaian penugasan yang tidak efisien.

a. Muatan *Audit universe*

Audit universe merupakan daftar yang secara sistematis menggambarkan klien dengan segala aktivitas, risiko, dan berbagai atribut lain yang diperlukan. Informasi yang terdapat dalam *audit universe* harus dapat mengarahkan auditor untuk dapat memprioritaskan penugasannya. Oleh karena itu, akan sangat membantu jika *audit universe* dapat secara tegas menunjukkan terdapatnya peluang peningkatan pengendalian.

Kesan tentang pentingnya unit kerja atau kegiatan dalam *audit universe* untuk diprioritaskan dalam penugasan audit internal juga dapat diperoleh dari data lain misalnya ukuran atau besaran

organisasi, jumlah anggaran, tingkat komputerisasi, jenis kegiatan yang dilaksanakan. Sepanjang tidak menambah kerumitan, informasi demikian dapat ditambahkan pada *audit universe*.

b. Pendekatan Penyusunan *Audit Universe*

Organisasi pemerintahan disusun dengan struktur organik, namun kegiatan-kegiatannya sering disusun dengan pendekatan fungsional. Agar fungsi pengawasannya sejalan, auditor internal perlu menyelaraskan pendekatan penyusunan *audit universe*-nya dengan pendekatan penyusunan kegiatan klien.

Pendekatan yang dapat dipakai dalam penyusunan *audit universe* kegiatan pemerintahan adalah sebagai berikut:

- **Pendekatan struktur organisasi** – dapat diterapkan pada kebanyakan organisasi pemerintahan terutama insitutsi yang sering mendapatkan penugasan yang mandiri dan memiliki sangat sedikit kebutuhan koordinasi dengan instansi pemerintahan lain.
- **Pendekatan program** – Beberapa kegiatan pemerintah dirancang dengan cakupan luas yang membutuhkan koordinasi beberapa institusi yang berbeda. Hal ini dapat diamati pada program-program semisal Program Nasional Penanggulangan Kemiskinan, Program Nasional Peningkatan Produksi Pangan.
- **Pendekatan Proses Bisnis** – Dapat diterapkan pada Unit kerja pemerintahan yang bersifat pelayanan masyarakat, yang sering diorganisasikan dalam bentuk matriks. Kondisi ini dapat diamati pada Kantor Pelayanan Perijinan Terpadu dan Satuan Administrasi Manunggal Satu Atap.

c. Pemutakhiran *Audit universe*

Unit kerja pemerintahan disusun berdasarkan fungsi yang diturunkan dari program prioritas pemerintah yang sedang berjalan. Pemisahan dan penggabungan fungsi seringkali terjadi untuk pencapaian percepatan dampak pembangunan.

Pemutakhiran terhadap *audit universe* harus dilakukan agar *audit universe* tetap mencerminkan peta organisasi yang disusun untuk mencapai tujuan sesuai dengan visi dan misi organisasi.

d. Penetapan Area Audit

Selaras dengan perencanaan dan pelaksanaan kegiatan yang bertingkat, pengawasan kegiatan pun disusun dengan cara yang bertingkat pula. Penugasan pengawasan harus diatur untuk mewujudkan efektivitas hasil penugasan dan efisiensi biaya penugasan. Selain itu, terjadinya tumpang tindih pengawasan atau terdapat bagian program/kegiatan penting yang terlewat tanpa adanya aparat pengawasan internal yang menanganinya harus dicegah.

Auditor internal harus dapat mengidentifikasi manajemen yang dilayaninya beserta kepentingannya karena pengguna hasil penugasannya adalah internal manajemen organisasi. Pemahaman akan hal ini akan memberikan auditor internal kompetensi yang cukup untuk menetapkan area auditnya dengan tepat. Penetapan area audit akan terkait langsung dengan ruang lingkup penugasan. Ruang lingkup yang tepat mengarahkan auditor internal untuk fokus pada wilayah tertentu di mana informasi harus dikumpulkan. Ilustrasi Perencanaan Berbasis Struktur Organisasi dapat dilihat pada **lampiran III**.

7) Menyusun Program Kerja Pengawasan Tahunan (PKPT)

Setelah ditentukan auditable unit berdasarkan hasil penentuan risiko utama pada langkah sebelumnya, langkah selanjutnya yang ditempuh Satuan Audit Internal adalah menyusun dokumen Program Kerja Pengawasan Tahunan (PKPT). Dokumen tersebut memuat informasi mengenai rencana pengawasan di tahun tahun selanjutnya, antara lain berisi:

- a. Nama obyek/unit yang akan diaudit;
- b. Penetapan tujuan dan sasaran audit
- c. Kapan dan berapa lama akan dilaksanakan
- d. Program audit (*audit program*)
- e. Sumber daya yang dibutuhkan dan penentuan personil auditor
- f. Menyiapkan Surat Penugasan

Rancangan Program Kerja Pengawasan Tahunan (PKPT) disusun berdasarkan area pengawasan terpilih yang telah ditetapkan bersama dengan manajemen dengan memperhatikan alokasi sumber daya yang tersedia, yang meliputi sumber daya personel, anggaran dan waktu. Kebijakan dan kriteria audit yang bersifat mandatori dan khusus serta wajib untuk dilaksanakan oleh Audit Internal tertuang dalam Piagam Audit (*Audit Charter*) yang disusun Audit Internal dan disetujui oleh Pimpinan Universitas.

Setiap area pengawasan terpilih yang termasuk dalam usulan Program Kerja Pengawasan Tahunan (PKPT) dilengkapi dengan Deskripsi Area Pengawasan Terpilih dan Tabel Alokasi Sumber Daya.

Program Kerja Pengawasan Tahunan (PKPT) ditandatangani oleh Rektor, dibuat rangkap 3 (tiga), dengan distribusi asli untuk Rektor, sedangkan salinannya ditujukan kepada Wakil Rektor II dan Arsip.

Program Kerja Pengawasan Tahunan (PKPT) yang telah disusun menjadi pedoman kerja bagi auditor internal sekaligus sebagai Monev (Monitoring dan Evaluasi) kinerja Kantor Satuan Audit Internal.

Sebagai ilustrasi, adapun format Program Kerja Pengawasan Tahunan (PKPT) yang ada di Satuan Audit Internal Universitas Sumatera Utara adalah sebagai berikut :

**SATUAN AUDIT INTERNAL - UNIVERSITAS SUMATERA UTARA (SAI - USU)
PROGRAM KERJA AUDIT PADA UNIT KERJA TAHUN 20X1**

No	Asal Penugasan	Uraian Kegiatan Pengawasan	RMA		Hari Produktif			Output	Keterangan
			RSP	Peran	Org	Har i	HA	Jumlah/ Satuan	
			RPL						
1	2	4	5	6	7	8	9	10	12
1	Rektor	Reviuw Laporan Keuangan Tahun Buku 20X0	Januari	P.Mutu	1	3	3	1 LHR	Rutin
			Januari	P. Teknis	1	5	5		
			Januari	Ketua Tim	1	15	15		
				Anggota	3	15	45		

Keterangan :

- | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| KEU : Audit Keuangan | RKT : Rencana Kerja Tahunan |
| PBJ : Audit Pengadaan Barang dan Jasa | RMA : Rencana Mulai Audit |
| DM : Dana Masyarakat | RSP : Rencana Selesai Pekerjaan |
| PNBP : Penerimaan Negara Bukan Pajak | RPL : Rencana Penerbitan Laporan |
| | RLK : Review Laporan Keuangan |

Berdasarkan Program Kerja Pengawasan Tahunan (PKPT) yang tersusun, maka proses perencanaan berikutnya adalah perencanaan audit individual atas setiap Area Pengawasan Terpilih yang telah ditetapkan dalam Program Kerja Pengawasan Tahunan (PKPT).

Auditor internal menyusun rencana pelaksanaan pengawasan individual berdasarkan prioritas area pengawasan terpilih. Standar Profesi Audit Internal tentang Perencanaan Penugasan, menyatakan “Auditor internal harus menyusun dan mendokumentasikan rencana untuk setiap penugasan, yang mencakup tujuan penugasan, ruang lingkup, waktu, dan alokasi sumber daya”. Standar tersebut mewajibkan kepada Kepala Satuan Audit Internal dan auditornya untuk melakukan persiapan sebelum pengawasan. Hal ini dimaksudkan agar setiap pekerjaan pengawasan dapat dilaksanakan secara efisien dan efektif.

Langkah-langkah persiapan pengawasan mencakup:

- a. Menetapkan Tujuan dan Sasaran Pengawasan
- b. Menyusun Tim Pengawasan
- c. Menyusun Program Pengawasan (Audit Program)

D. Pendokumentasian Tahap Perencanaan Audit

Tahapan perencanaan audit internal berbasis risiko didokumentasikan dalam serangkaian kertas kerja, antara lain:

- 1) Kertas Kerja Penentuan *Maturity Level* Manajemen Risiko;
- 2) Kertas Kerja Penilaian Faktor Pertimbangan Manajemen;
- 3) Kertas Kerja Penentuan Peringkat Risiko Audit;
- 4) Rencana Kerja Pengawasan Tahunan; dan
- 5) Program Pengawasan Individu.



BAB V

PELAKSANAAN AUDIT

Pelaksanaan audit dilakukan terhadap Program Kerja Pengawasan Tahunan (PKPT) Satuan Audit Internal Universitas Sumatera Utara. Pengawasan dilakukan terhadap auditi yang memiliki nilai risiko signifikan untuk dilakukan pengawasan.

Risk Based Internal Audit (RBIA) bukanlah mengaudit risiko tetapi mengaudit pengelolaan risiko. Pelaksanaan *Risk Based Internal Audit* (RBIA) dilakukan dengan mendiskusikan, mengamati dan menguji proses manajemen risiko sejak identifikasi hingga pemantauan berkelanjutan yang diterapkan; termasuk juga melakukan *re-performing* pengendalian atau pengujian lainnya, atau menganalisis data.

Auditor internal harus bertindak dengan cara memperkuat prinsip dasar bahwa pimpinan Satuan Kerja bertanggung jawab untuk mengelola risiko. Prosedur pengawasan harus memungkinkan internal auditor untuk melaporkan permasalahan kepada pimpinan Satuan Kerja dan menyetujui tindakan yang akan dilakukan oleh pimpinan Satuan Kerja untuk memperbaharui register risiko.

A. Tujuan dari Tahap Pelaksanaan Audit

Audit pada tahap pelaksanaan *Risk Based Internal Audit* (RBIA) mempunyai tujuan sebagai berikut:

- 1) Menilai proses identifikasi dan analisis atas risiko signifikan telah memadai.
- 2) Menilai kecukupan rancangan pengendalian atas risiko teridentifikasi untuk menjamin tercapainya tujuan proses/kegiatan.
- 3) Menilai bahwa kegiatan pengendalian telah efektif dalam mengelola risiko hingga pada tingkat risiko yang dapat diterima.
- 4) Menilai proses manajemen risiko telah dimonitor secara periodik oleh Pimpinan Universitas untuk menjamin bahwa proses dilakukan secara berkesinambungan dan berjalan secara efektif.

B. Review Tingkat Kematangan Penerapan Manajemen Risiko

Tingkat kematangan penerapan manajemen risiko yang digunakan pada tahap perencanaan audit mengacu pada hasil penilaian maturitas Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SPIP) setiap Satuan Kerja untuk periode terakhir sebelum penyusunan rencana pengawasan tahunan (Y-1).

Dengan adanya perbedaan waktu dan lingkup antara penilaian kematangan penerapan manajemen risiko saat tahap perencanaan tahunan dengan saat pelaksanaan audit individu, maka perlu dilakukan *review* atau rekonfirmasi atas tingkat kematangan penerapan manajemen risiko. Hal ini untuk meyakini kondisi terkini praktik manajemen risiko pada level entitas yang diaudit, terutama menyangkut proses dan hasil identifikasi, penilaian dan rancangan pengendalian serta pemantauan berkelanjutan atas risiko signifikan yang teridentifikasi pada entitas yang diaudit.

Langkah-langkah untuk melakukan review atau rekonfirmasi tingkat kematangan penerapan manajemen risiko adalah sebagai berikut:

- 1) Menetapkan ruang lingkup tugas yang direncanakan.

Untuk menetapkan ruang lingkup, Auditor Internal harus memahami dan menggunakan informasi yang relevan dari hasil yang dicapai yaitu hasil penilaian maturitas risiko dan rencana pengawasan tahunan.

2) Meyakini tingkat kematangan risiko unit yang di audit.

Penilaian tingkat kematangan risiko pada unit kerja dapat menggunakan kuesioner *Self Assesment*. Kuesioner tersebut dapat menggambarkan hasil penilaian dalam bentuk *scoring* adalah sebagai berikut:

No	Uraian	Skor (0-2)
1	Tujuan organisasi terdokumentasi dan dipahami dengan baik	
2	Pimpinan unit organisasi telah memahami risiko dan tanggung jawab atas risiko tersebut	
3	Proses identifikasi risiko telah ditetapkan dan dipatuhi	
4	Sistem skoring untuk penilaian risiko telah ditetapkan	
5	Seluruh risiko telah dinilai dengan sistem skoring yang telah ditetapkan	
6	Respon atas risiko telah ditetapkan dan diimplementasikan	
7	<i>Risk appetite</i> telah ditetapkan dengan sistem skoring	
8	Risiko telah dibagi tanggung jawabnya dan didokumentasikan dalam <i>risk register</i>	
9	Pimpinan unit organisasi telah menetapkan model pemantauan atas proses, respon dan <i>action plan</i> risiko	
10	<i>Risk register</i> di-update secara periodik (minimal sekali setahun)	
11	Terdapat pelaporan kepada pimpinan puncak bila terdapat risiko yang belum ditetapkan pada tingkat yang dapat diterima	
12	Kegiatan yang bersifat program selalu dinilai risikonya	
13	Uraian tanggung jawab menetapkan risiko, menilai risiko dan mengelolanya, termasuk dalam uraian tugas dan tanggung jawab pegawai	
14	Pimpinan memberikan jaminan efektivitas pengelolaan risiko	
15	Pimpinan dinilai kinerjanya dalam mengelola risiko	
	Jumlah	

Keterangan skor implementasi validasi hasil kuesioner

Skor 0 : Jika belum dilaksanakan

Skor 1 : Jika sebahagian pernyataan dilaksanakan

Skor 2 : Jika sepenuhnya dilaksanakan

Skor maksimal atas 15 pertanyaan adalah sebesar 30.

3) Kesimpulan penilaian tingkat kematangan risiko

Hasil penilaian dapat mengubah lingkup dan sumber daya yang dibutuhkan saat pelaksanaan pengawasan. Kesimpulan penilaian tingkat kematangan risiko dapat meliputi:

- a. Dalam hal skor kematangan risiko lebih rendah dari nilai 15 maka pelaksanaan audit dilakukan dengan pendekatan fasilitas terlebih dahulu. Hal tersebut menunjukkan bahwa informasi yang dihasilkan dari proses manajemen risiko unit kerja belum dapat digunakan sebagai masukan dalam melakukan perencanaan maupun pelaksanaan audit internal berbasis risiko.
- b. Jika dalam hal skor kematangan lebih tinggi atau sama dengan jumlah skor sebesar 15, maka audit dilaksanakan sesuai dengan rencana audit yang telah disusun. Hal tersebut menunjukkan bahwa informasi yang dihasilkan dari proses manajemen risiko dapat digunakan sebagai masukan perencanaan maupun pelaksanaan audit internal berbasis risiko.

C. Tahapan dalam Pelaksanaan Fasilitas

Langkah kerja fasilitas *Control Self Assessment* (CSA) terdiri dari beberapa tahap, yaitu :

1) Persiapan

Persiapan yang perlu dilakukan auditor sebelum pelaksanaan bimbingan teknis adalah sebagai berikut:

- a. Persiapan internal oleh auditor meliputi penyiapan bahan-bahan dan alat bantu peraga, mempelajari dokumen/data yang terkait dengan tugas dan fungsi organisasi unit kerja serta pengecekan kesiapan tempat pelaksanaan bimbingan teknis.
- b. Pembahasan awal dengan pimpinan unit kerja untuk menentukan/memilih lingkup kegiatan yang akan dibahas, menentukan peserta dan jadwal bimbingan teknis dan menetapkan skala dampak yang akan digunakan.

2) Pelaksanaan

Pelaksanaan *bimbingan teknis* terdiri dari beberapa tahapan yaitu:

- a. Penjelasan Awal
Bimbingan teknis diawali dengan penjelasan oleh auditor tentang tujuan *bimbingan teknis*, peran masing-masing peserta, dan menyepakati jadwal. Selanjutnya menjelaskan pemahaman tentang konsep risiko untuk menyamakan persepsi tentang risiko.
- b. Identifikasi Tujuan
Tahap ini bertujuan agar diperoleh informasi tujuan kegiatan yang dilaksanakan. Untuk itu perlu *brainstorming*, validasi dan konfirmasi untuk mengidentifikasi tujuan kegiatan yang tepat.
- c. Identifikasi risiko berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan
Ditahap ini dilakukan dengan cara meminta semua peserta menuliskan risiko-risiko yang menghambat pencapaian tujuan selanjutnya dilakukan validasi dan evaluasi seluruh risiko tersebut bersama-sama.
- d. Analisis Risiko terkait dampak dan kemungkinan terjadi
Ditahap ini dilakukan dengan *voting* atas nilai dampak suatu risiko dengan cara memberi skor menurut skala yang telah ditetapkan.
- e. Penetapan prioritas risiko
Berdasarkan skor yang telah dinilai oleh peserta, ditetapkan status risiko dengan mengalihkan skor. Kemudian membuat peta risiko ke dalam tabel atau diagram. Selanjutnya dapat dibuat peringkat risiko

berdasarkan nilai status risiko dari paling tinggi sampai dengan yang paling rendah.

f. Desain kegiatan pengendalian

Risiko yang masih di atas tingkat toleransi yang ditetapkan, perlu dilakukan evaluasi atas efektivitas kegiatan pengendalian dan perlu dirancang pengendalian tambahan untuk dapat menurunkan risiko ke tingkat yang dapat diterima.

g. Desain Informasi dan komunikasi serta pemantauan

Ditahap ini auditor memfasilitasi membahas Desain Informasi dan komunikasi serta pemantauan atas efektivitas pengendalian yang dirancang dan memonitor pada pengendalian kunci saja sehingga pimpinan dapat lebih fokus.

D. Pelaksanaan Audit Lanjutan

Langkah teknis pelaksanaan audit lanjutan dapat dirinci sebagai berikut:

1) Diskusi dan observasi pengendalian.

Diskusi dan observasi pengendalian adalah tahap pertama dari pengujian audit. Tujuan diskusi dan observasi pengendalian adalah untuk menilai bahwa rancangan pengendalian yang ditetapkan manajemen dalam kerangka kerja manajemen risiko telah mendukung pencapaian tujuannya serta menilai apakah manajemen telah melakukan aktivitas pengendalian sesuai dengan rancangan pengendalian yang ditetapkan.

2) Pengujian pengendalian.

Pengujian pengendalian ini diperlukan untuk memberikan bukti tambahan bahwa tanggapan terhadap risiko utama telah berjalan secara efektif dan untuk mendukung simpulan bahwa pemantauan pengendalian juga telah berjalan.

Dalam tahap ini auditor memberi simpulan mengenai kecukupan rancangan pengendalian dan kesesuaian antara aktivitas pengendalian dengan rancangan pengendalian. Dalam hal rancangan pengendalian dinilai auditor belum memadai, bersama-sama dengan manajemen, auditor memformulasikan tambahan rancangan pengendalian sehingga diperoleh keyakinan bahwa rancangan pengendalian dapat menekan tingkat risiko hingga level yang dapat diterima.

a. Penilaian Efektivitas Rancangan Pengendalian

Langkah kerja dalam menilai rancangan pengendalian sebagai berikut:

- Melakukan *review* terhadap dokumen rencana tindak pengendalian satuan kerja
- Melakukan diskusi dengan manajemen, apabila terdapat rancangan pengendalian yang belum sesuai dalam memitigasi risiko
- Menuangkan dalam kertas kerja hasil diskusi dengan manajemen
- Jika masih terdapat risiko utama yang belum termitigasi oleh pengendalian utama, melakukan fasilitasi untuk merancang pengendalian dalam rangka memitigasi risiko yang dimaksud
- Menuangkan dalam kertas kerja hasil fasilitasi *Control Self Assesment* (CSA).

- b. Pengujian kesesuaian implementasi pengendalian dengan rancangan Pengujian ini bertujuan untuk menilai bahwa suatu pengendalian telah dijalankan dengan cara, oleh orang, dan waktu yang tepat sesuai dengan rancangan pengendalian.

Pengujian ini dapat dilakukan dengan menggunakan beberapa teknik *Control Self Assesment (CSA)* sebagai berikut:

- Wawancara dan/atau diskusi terfasilitasi dengan pegawai.
Wawancara dengan pimpinan dan pelaksana pengendalian dapat memberikan bukti yang memadai mengenai efektifitas pengendalian tingkat aktivitas. Wawancara mempunyai dua tujuan, yaitu melakukan konfirmasi pemahaman mengenai rancangan pengendalian (apa yang seharusnya); dan melakukan identifikasi temuan antara praktik yang ada (apa yang terjadi) dengan prosedur yang seharusnya. Disamping untuk mendapatkan informasi mengenai pelaksanaan pengendalian, wawancara juga bertujuan untuk meyakinkan bahwa pegawai yang diwawancarai telah memiliki kualifikasi dalam melaksanakan prosedur yang ditetapkan. Pegawai dikatakan memiliki kualifikasi apabila memiliki keahlian dan pelatihan yang relevan, dan tidak menjalankan fungsi-fungsi yang seharusnya terpisah.
- Observasi.
Auditor dapat melakukan inspeksi/observasi terutama atas pelaksanaan pengendalian yang sifatnya berkala, seperti perhitungan fisik persediaan dan rekonsiliasi realisasi belanja. Auditor melihat secara cermat pelaksanaan suatu kegiatan secara langsung dan menyeluruh. Hal ini dilakukan untuk meyakini bahwa pengendalian telah dilaksanakan sesuai dengan rancangannya. Apabila terdapat perbedaan antara rancangan dengan pelaksanaan pengendalian, auditor diharapkan dapat mengidentifikasi penyebab perbedaan dan menilai dampaknya. Dalam melaksanakan inspeksi/observasi, auditor harus cermat dan berhati-hati terhadap adanya kemungkinan bahwa pegawai akan bekerja lebih baik apabila mereka mengetahui bahwa mereka sedang diobservasi.
- Pelaksanaan ulang suatu kegiatan
Apabila langkah pengujian yang telah dilakukan belum dapat memberikan keyakinan yang memadai bahwa suatu pengendalian telah dijalankan sesuai rancangannya, maka dapat dilakukan *reperformance* atas pengendalian tersebut. Jenis pengendalian yang dapat dilakukan *reperformance* cukup beragam, misalnya: reviu atasan langsung, pengecekan kelengkapan dokumen, verifikasi angka, perbandingan suatu data dengan data lainnya, dan rekonsiliasi.

3) Dokumentasikan hasil kerja audit

Pengujian yang dilakukan auditor harus didokumentasikan. Dokumentasi hasil audit atau Kertas Kerja Audit meliputi pengendalian yang diuji, metode pengujian yang dilakukan, termasuk ukuran sampel yang diambil, hasil pengujian dan simpulan pengujian.

4) Menilai analisis risiko yang dilakukan oleh manajemen.

Auditor melakukan evaluasi atas hasil penilaian risiko oleh manajemen. Evaluasi dilakukan oleh auditor dengan menggunakan kriteria pengukuran risiko, baik dampak maupun keterjadian, yang telah diformulasikan oleh manajemen. Tujuan utamanya adalah untuk memutakhirkan informasi dalam register risiko.

- 5) Kesimpulan atas tanggapan dan proses manajemen risiko yang tercakup dalam tugas.

Kesimpulan audit mencakup baik desain pengendalian dan seberapa baik pengendalian telah berjalan. Kesimpulan tersebut perlu dikaitkan dengan risiko yang dikelola oleh pengendalian yang ada sehingga dapat memberikan keyakinan atas apa yang menjadi tujuan tahap ini.

- 6) Membuat ringkasan simpulan hasil audit untuk pimpinan Universitas. Ringkasan ini harus:
 - a. Memberikan informasi dan saran mengenai kesesuaian tata kelola yang diselenggarakan auditi dengan peraturan yang berlaku bagi Universitas
 - b. Memberikan informasi dan saran mengenai kecukupan dan efektivitas rancangan pengendalian yang telah disusun oleh auditi, seperti pedoman dan prosedur operasi standar.
 - c. Memberikan pendapat bahwa risiko telah cukup dikelola dalam memastikan tercapainya tujuan Universitas.

E. Pendokumentasian Tahap Pelaksanaan Audit

Dokumentasi tahapan pelaksanaan audit internal berbasis risiko adalah sebagai berikut:

- 1) Surat Tugas dan Perencanaan audit;
- 2) Kertas Kerja Informasi umum dan latar belakang;
- 3) Kertas Kerja pertemuan dengan Manajemen;
- 4) Kertas Kerja Kematangan Risiko;
- 5) Kertas Kerja Tujuan, Register Risiko dan Rencana Tindak Pengendalian;
- 6) Kertas Kerja Pengujian Pengendalian;
- 7) Kertas Kerja Temuan Audit; dan
- 8) Format Ringkasan Simpulan Hasil Audit.

F. Faktor - Faktor yang Perlu diperhatikan untuk Keberhasilan Penerapan Risk Based Internal Audit (RBIA)

- 1) Memperoleh komitmen berkelanjutan Majelis Wali Amanat, Manajemen, Senat Akademik, Focus Group Discussion (FGD) dan stakeholders kunci Perguruan Tinggi lainnya.
- 2) Memperoleh dukungan sumber daya organisasi Perguruan Tinggi untuk implementasi Risk Based Internal Audit (RBIA) yang terintegrasi dengan eksekusi 3 Lines of Defense (LoD), sistem manajemen risiko, dan upaya kepatuhan
- 3) Membudayakan eksekusi 3 Lines of Defense (LoD) di Perguruan Tinggi secara berkelanjutan
- 4) Pengembangan dan integrasi sistem Risk Based Internal Audit (RBIA) dan sistem manajemen organisasi Perguruan Tinggi lainnya (sistem perencanaan dan anggaran, sistem manajemen risiko, *human capital*, aset, dsb), yang terintegrasi dalam semangat 3 Lines of Defense (LoD).

- 5) Memperbaiki mutu kelembagaan pengawalan kemajuan penanganan tindak lanjut hasil temuan *Risk Based Internal Audit* (RBIA).
- 6) Pelatihan dan pengembangan kompetensi personil Perguruan Tinggi secara berkala dalam sistem manajemen risiko berkonteks 3 Lines of Defense (LoD) dan *Risk Based Internal Audit* (RBIA) berbasis *risk (BIG) data analytics*.
- 7) Pengembangan dan pematapan kompetensi pengelolaan *data-base* terintegrasi dengan *Risk Based Internal Audit* (RBIA) dan sistem manajemen Perguruan Tinggi lainnya.
- 8) Penerapan secara konsisten, adil, transparan dan akuntabel *Reward & Consequences* implementasi 3 Lines of Defense (LoD)

BAB VI

PENGGOMUNIKASIAN HASIL AUDIT

Audit Internal setelah menyelesaikan pekerjaannya mengkomunikasikan hasil auditnya kepada *auditee*. Selanjutnya setelah memaparkan temuan audit kepada *auditee* Audit Internal akan menerbitkan Laporan Hasil Audit (LHA) yang akan diserahkan kepada *auditee* dan Wakil Rektor II Universitas Sumatera Utara sebagai laporan. Sedangkan kepada Rektor Universitas Sumatera Utara diberikan Laporan Hasil Audit ditambah *summary* atas Laporan Hasil Audit/ Surat Pengantar Masalah.

Dalam melakukan pengkomunikasian hasil audit kepada *auditee* Satuan Audit Internal berpedoman pada Standar Audit Intern Pemerintah yang dikeluarkan oleh Asosiasi Auditor Intern Pemerintah Indonesia (AAIPI) tahun 2014 dan *Internasional Standards For The Professional Practice Of Internal Auditing* (IPPF- Standards) yang dikeluarkan oleh *Institute Of Internal Auditor* (IIA) tahun 2017.

A. Tujuan Penyusunan Laporan Hasil Audit

Tujuan penyusunan laporan hasil audit sesuai dengan Standar Audit Intern Pemerintah Indonesia - Komunikasi Hasil Penugasan Audit Internal adalah:

- 1) Mengomunikasikan hasil penugasan audit internal kepada *auditee* dan pihak lain yang berwenang berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- 2) Menghindari kesalahpahaman atas hasil penugasan audit internal;
- 3) Menjadi bahan untuk melakukan tindakan perbaikan bagi auditi dan instansi terkait; serta
- 4) Memudahkan pemantauan tindak lanjut untuk menentukan pengaruh tindakan perbaikan yang semestinya telah dilakukan.

B. Standar Profesi Audit Internal tentang Penyusunan Laporan Hasil Audit

Audit internal harus memperhatikan standar profesi untuk mengkomunikasikan hasil audit, yaitu:

- 1) Standar Audit Intern Pemerintah Indonesia 2014

Standar Komunikasi 4010 - Kriteria Komunikasi Hasil Penugasan Audit Internal menjelaskan bahwa komunikasi hasil penugasan audit internal harus mencakup sasaran dan ruang lingkup penugasan audit internal, serta kesimpulan yang berlaku, rekomendasi, dan rencana aksi. Lebih lanjut dijelaskan bahwa komunikasi akhir hasil penugasan audit internal harus berisi pendapat auditor dan/atau kesimpulan. Ketika dikeluarkan, pendapat dan/atau kesimpulan harus mempertimbangkan harapan auditi dan para pemangku kepentingan lainnya, dan harus didukung oleh informasi yang cukup, kompeten, relevan, dan berguna.

Auditor didorong untuk mengakui kinerja yang memuaskan dalam komunikasi hasil penugasan audit internal. Ketika merilis/menerbitkan hasil penugasan audit internal, komunikasi harus mencakup pembatasan distribusi dan penggunaan hasil. Komunikasi kemajuan dan hasil penugasan *consulting* akan bervariasi dalam bentuk dan isi bergantung pada sifat penugasan dan kebutuhan klien.

- 2) Standar Internasional untuk Praktik Profesional Intem Audit Tahun 2017 (*International Standards For The Professional Practice Of Internal Auditing*) — IPPF Standar 2017

Standar Kinerja 2410 - Kriteria Komunikasi antara lain menjelaskan bahwa Komunikasi harus mencakup tujuan, ruang lingkup, dan hasil penugasan. Komunikasi akhir hasil penugasan harus memuat kesimpulan yang dapat diterapkan, termasuk rekomendasi dan/atau tindakan perbaikan yang dapat diterapkan. Apabila memungkinkan, pendapat auditor internal semestinya diberikan. Suatu pendapat harus mempertimbangkan ekspektasi pimpinan organisasi, serta pemangku kepentingan lain, dan harus didukung dengan informasi yang cukup, andal, relevan, dan bermanfaat.

Pendapat tersebut dapat berupa peringkat (*rating*), kesimpulan, atau uraian hasil audit dalam bentuk lain. Penugasan tersebut dapat mencakup pengendalian terhadap proses tertentu, risiko atau unit bisnis. Form ulasi pendapat tersebut dilakukan dengan mempertimbangkan hasil penugasan dan tingkat signifikansinya. Auditor internal didorong untuk dapat mengakui kinerja yang memuaskan dalam laporan hasil penugasannya. Bilamana hasil penugasan disampaikan kepada pihak di luar organisasi, maka harus disebutkan pembatasan distribusi dan penggunaan hasil penugasan.

Bentuk dan isi komunikasi progres dan hasil akhir penugasan konsultansi bervariasi dalam bentuk dan isinya, bergantung pada sifat penugasan dan kebutuhan klien. Meskipun format dan muatan laporan audit dapat bervariasi menurut organisasi atau jenis audit, laporan memuat setidaknya tujuan, ruang lingkup penugasan, simpulan, saran, dan rencana tindak lanjutnya.

- a. Laporan memuat latar belakang *auditee* dan aktivitas yang direviu, serta ringkasan. Informasi latar belakang dapat mengidentifikasi *auditee* dan aktivitas yang ditelaah dan menyajikan informasi yang relevan. Laporan audit juga dapat memasukkan status temuan, simpulan, dan saran dari laporan sebelumnya. Laporan audit juga dapat menjadi indikasi apakah laporan mencakup audit terjadwal atau sebagai respon terhadap permintaan. Ikhtisar, jika dimasukkan, harus menjadi representasi yang seimbang atas muatan laporan audit.
- b. Pernyataan tujuan menjelaskan tujuan penugasan dan menginformasikan kepada pembaca mengapa penugasan dilaksanakan dan apa yang diharapkan untuk dicapai.
- c. Pernyataan ruang lingkup mengidentifikasi aktivitas yang diaudit dan mungkin meliputi informasi pendukung, seperti periode waktu yang direviu dan aktivitas terkait yang tidak direviu. Aktivitas terkait yang tidak diaudit jika perlu diidentifikasi untuk menggambarkan batas-batas audit. Sifat dan luas audit yang dilakukan juga diuraikan.
- d. Hasil penugasan meliputi observasi, simpulan, opini, saran, dan rencana tindakan.
- e. Temuan berhubungan dengan pernyataan fakta. Temuan yang diperlukan untuk mendukung atau mencegah kesalahpahaman terhadap simpulan dan saran auditor internal dimasukkan ke dalam laporan audit akhir. Informasi atau temuan yang kurang signifikan dapat dikomunikasikan secara lisan atau melalui surat-menyurat informal.
- f. Temuan audit dimunculkan oleh suatu proses perbandingan antara apa yang seharusnya dengan apa yang ada. Baik ada atau tidak ada

perbedaan, auditor internal perlu membuat laporan. Temuan didasarkan pada atribut-atribut berikut:

- Kondisi: Bukti faktual yang ditemukan auditor internal dalam pelaksanaan pengujian (apa yang benar-benar ada).
- Kriteria: Standar, ukuran, atau ekspektasi yang digunakan dalam melakukan suatu evaluasi dan atau verifikasi (apa yang seharusnya ada).
- Sebab: Alasan perbedaan antara kondisi yang diharapkan dengan kondisi aktual (mengapa terjadi perbedaan).
- Akibat: Risiko atau *exposure* yang dihadapi oleh *auditee* dan atau lainnya karena kondisi tidak sama seperti kriteria (dampak dari perbedaan).
- Tanggapan dari *auditee* berupa saran, penjelasan oleh *auditee*, dan informasi yang mendukung jika tidak dikecualikan di tempat lain
- Rekomendasi

C. Penyusunan Konsep Laporan Hasil Audit

Setelah pembahasan hasil audit selesai dilakukan, Audit Internal menyusun konsep laporan hasil audit. Pokok masalah yang harus disajikan dalam laporan hasil audit, yaitu hasil evaluasi pengendalian risiko yang telah dilakukan, apakah sudah sampai pada level yang dapat diterima atau belum dapat diterima. Hasil evaluasi ini dapat diperoleh pada saat auditor melakukan pengujian pengendalian risiko yang telah dilakukan sepanjang pekerjaan lapangan.

Laporan yang dihasilkan oleh audit internal berbasis risiko sebagai berikut:

1) Format Laporan

Format laporan yang biasa digunakan dalam pelaporan audit internal berbasis risiko adalah sebagai berikut:

a. Ringkasan untuk eksekutif.

Isi ringkasan untuk eksekutif meliputi:

- Pendahuluan yang menguraikan secara singkat objek yang sedang diaudit dan alasan untuk melakukan audit;
- Tujuan proses-proses yang sedang diaudit;
- Isu-isu yang ditemukan selama proses audit;
- Simpulan yang menyatakan bahwa:
 - ✓ risiko-risiko telah diidentifikasi, dievaluasi, dan dikelola;
 - ✓ pengendalian mengurangi risiko sampai pada tingkat yang diterima
 - ✓ tindakan telah diambil segera untuk memperbaiki kegagalan atau kelemahan yang signifikan;
 - ✓ tingkat pemantauan saat ini adalah memadai;
- Jadwal tindak lanjut audit.

b. Isu-isu Utama

Yang dimaksud dengan isu-isu utama adalah risiko signifikan yang belum cukup dikurangi oleh pengendalian-pengendalian dan oleh karena itu menghambat pencapaian beberapa tujuan.

Bagian ini merinci isu yang ditemukan dalam audit. Pada setiap isu yang dilaporkan diuraikan hal-hal berikut:

- judul isu;

- hasil observasi selama proses audit;
 - konsekuensi yang akan ditimbulkan apabila risiko tersebut terjadi;
 - opsi atau saran untuk mengurangi risiko sampai pada tingkat yang dapat diterima;
 - tindakan yang perlu diambil berdasarkan saran yang ada, dengan menetapkan siapa yang bertanggung jawab dan kapan harus dilaksanakan.
- c. Isu-isu tambahan
- Isu tambahan timbul dari risiko melekat yang dalam batas risiko yang telah ditetapkan (oleh pimpinan instansi) dan oleh karena itu tidak mempengaruhi pencapaian tujuan utama. Tindakan atas isu-isu ini akan meningkatkan pengendalian dan efisiensi. Sama dengan bagian isu-isu utama, bagian isu-isu tambahan ini memerinci semua isu yang ditemukan dalam audit. Pada setiap isu yang dilaporkan diuraikan observasi, konsekuensi, dan tindakan yang biasanya disajikan dalam bentuk tabel.
- d. Laporan proses-proses, risiko-risiko, dan pengendalian-pengendalian
- Laporan ini biasanya disusun dalam bentuk tabel yang memuat proses yang diaudit, risiko yang terkandung, dan pengendalian yang ada. Laporan ini dikembangkan dari database audit, dan panjang laporan bergantung pada banyaknya proses, risiko, dan pengendaliannya.
- Manfaat laporan ini adalah:
- Laporan ini menunjukkan pekerjaan yang dilaksanakan oleh auditor untuk mendukung simpulan auditor. Laporan ini berguna apabila auditor bekerja untuk jangka waktu lama, misalnya dua minggu dan mengajukan dua lembar ringkasan eksekutif dengan simpulan "hijau".
 - Laporan ini akan menempatkan risiko pada konteksnya. Contohnya bila Auditor Internal menemukan dua risiko utama yang tidak dikendalikan dari 100 risiko lainnya yang dapat dikendalikan akan memberikan gambaran yang tidak terlalu negatif. Dalam laporan ringkasan untuk eksekutif akan disebutkan bahwa 98% risiko dapat dikendalikan dengan baik.
 - Laporan ini menyajikan proses, risiko, dan pengendalian yang lengkap kepada manajemen. Oleh karena itu, jika manajemen akan mengubah sistem mereka, maka mereka dapat mengetahui bagaimana perubahan itu akan berpengaruh terhadap risiko residual.
- e. Pengguna Laporan
- Bagian ini menunjukkan daftar nama pejabat beserta jabatannya yang akan menerima laporan final. Pada bagian depan laporan hasil audit dicantumkan juga Ringkasan Simpulan. Penarikan simpulan ini didasarkan pada skor yang ada dalam Daftar Risiko, dengan berpedoman pada ketentuan berikut ini.

Panduan Penentuan Simpulan Audit			
Tingkatan	Dapat Diterima	Menjadi Perhatian	Tidak Dapat Diterima
Warna	Hijau	Kuning	Merah
Dilaporkan sebagai	Tidak perlu dilaporkan	Isu-isu Utama	Isu-isu Utama
Simpulan Audit	Kriteria		
Risiko-risiko telah diidentifikasi, dievaluasi dan dikelola	Proses menyeluruh telah digunakan dan semua risiko signifikan telah diidentifikasi nilai 1,2 atau 3	Proses-proses telah digunakan tetapi terdapat evaluasi Kekurangan nilai : 4	Tidak memadai atau tidak ada proses-proses yang digunakan Nilai 6 atau 9
Pengendalian mengurangi risiko sampai tingkat yang diterima	Risiko-risiko telah dikurangi sampai dengan batas yang dapat diterima (walaupun beberapa tindakan mungkin diperlukan – catat pada “Isu tambahan” Nilai : 1,2 atau 3	Risiko-risiko telah dikurangi sampai dengan batas yang dapat diterima, kecuali risiko-risiko signifikan yang dicatat dan oleh karena itu ada kemungkinan bahwa beberapa tujuan tidak akan tercapai. Nilai : 4	Risiko-risiko belum dikurangi sampai dengan tingkat yang dapat diterima dan mungkin beberapa tujuan tidak akan tercapai. Nilai : 6 atau 9
Tindakan telah diambil sesegera mungkin untuk memperbaiki kegagalan signifikan	Tindakan yang telah diambil akan mengurangi semua resiko sampai pada tingkat yang dapat diterima	Tindakan yang telah diambil akan mengurangi beberapa resiko sampai pada tingkat yang diterima	Tidak ada tindakan yang telah diambil atau tindakan yang diambil tidak cukup mengurangi risiko
Tingkat Pemantauan saat ini telah memadai	Tidak diperlukan tindakan tambahan	Beberapa pemantauan tambahan diperlukan	Perbaikan perbaikan besar diperlukan untuk memantau

Pada saat penyampaian laporan hasil audit kepada berbagai pihak terkait, sebuah surat pengantar disertakan dalam laporan tersebut. Isi surat pengantar ini sebaiknya memuat:

- ringkasan simpulan;
- catatan bahwa sebuah ringkasan untuk eksekutif disertakan pada halaman pertama dari laporan;
- tanggal dimana tanggapan atas laporan harus telah diterima, misalnya 2 minggu setelah pengiriman; serta
- nama-nama dan jabatan penerima laporan.

2) Isi Laporan

Muatan dalam laporan terdiri atas:

- a. Pernyataan mengenai isu atau masalah yang menjadi perhatian Tujuan pernyataan ini adalah untuk mengangkat isu atau masalah yang ada ke permukaan agar mendapat perhatian serius dari manajemen. Untuk mencapai tujuan tersebut, diperlukan sebuah pendekatan yang merupakan pertanyaan bagi auditor kepada dirinya sendiri, yaitu:

- Perilaku apa yang telah dilakukan atau sebaliknya yang tidak dilakukan oleh pegawai sehingga isu penyimpangan atau kelemahan bisa terjadi;
 - Bagaimana isu penyimpangan atau kelemahan itu dapat mempengaruhi kemampuan manajemen dalam menjalankan kegiatannya untuk mencapai tujuan;
 - Apa yang menjadi perhatian auditor sebagai seorang profesional;
 - Apakah isu dimaksud punya korelasi positif dengan isu lainnya, karena seringkali beberapa temuan memiliki akar permasalahan yang sama.
- b. Pernyataan mengenai hasil observasi yang dilakukan oleh auditor Selama audit, auditor melakukan observasi. Hasil observasi dijadikan bukti untuk mendukung temuan yang telah ditemukan sebelumnya. Dalam hal ini, auditor dapat membandingkan antara kriteria (yang seharusnya ada) dengan kondisi (yang sebenarnya ada).
- c. Pernyataan mengenai kemungkinan terjadinya risiko, serta implikasinya terhadap pencapaian tujuan. Pernyataan mengenai dampak ini harus menjadi bagian yang paling menonjol dalam laporan hasil audit. Pernyataan ini harus menunjukkan bahwa auditor memahami bisnis dan risiko yang terkandung dalam bisnis tersebut. Selain itu, pernyataan ini ingin menunjukkan bahwa auditor berada di pihak auditi dan memiliki bahasa yang sama, sehingga saran audit akan mendapat perhatian penuh dari manajemen.
- d. Rekomendasi/ Saran
Kemungkinan dan dampak yang dilaporkan akan menjadi tidak berarti bila tidak disertai dengan opsi atau saran untuk mengatasinya.
Syarat-syarat sebuah saran adalah:
- diawali dengan judul agar memudahkan pembaca menemukannya;
 - berupa kalimat singkat, dan jika terdiri atas beberapa kalimat sebaiknya disajikan dengan nomor urut;
 - berkaitan langsung dengan persoalan yang disajikan dalam pernyataan isu atau masalah;
 - bertujuan untuk mengubah perilaku;
 - ditujukan kepada orang/pejabat yang berwenang untuk menindaklanjuti dan batas waktu penyelesaian; dan
 - tindak lanjut atas saran dalam batas wewenang auditi.
- 3) Syarat Laporan Hasil Audit yang Baik
Kualitas Komunikasi menjelaskan bahwa komunikasi hasil penugasan audit internal harus tepat waktu, lengkap, akurat, objektif, meyakinkan, konstruktif, jelas, ringkas dan singkat, dengan penjelasan sebagai berikut:
- a. Tepat waktu, adalah tepat dan bijaksana, bergantung pada pentingnya masalah, dan memungkinkan manajemen untuk mengambil tindakan korektif yang tepat;

- b. Lengkap, artinya tidak kekurangan apapun hal yang penting dan mencakup semua informasi penting dan relevan, serta pengamatan untuk mendukung rekomendasi dan kesimpulan;
- c. Akurat, artinya bebas dari kesalahan dan distorsi, serta sesuai dengan fakta-fakta yang mendasari;
- d. Objektif, adalah adil, tidak memihak, tidak bias, serta merupakan hasil dari penilaian adil dan seimbang dari semua fakta dan keadaan yang relevan;
- e. Meyakinkan, artinya hasil penugasan audit internal harus dapat menjawab sasaran audit, menyajikan fakta, kesimpulan, dan rekomendasi yang logis;
- f. Konstruktif, artinya membantu auditi dan mengarah pada perbaikan yang diperlukan;
- g. Jelas, adalah mudah dipahami dan logis, menghindari bahasa teknis yang tidak perlu, serta menyediakan semua informasi yang signifikan dan relevan;
- h. Ringkas dan singkat, adalah langsung ke titik masalah dan menghindari elaborasi yang tidak perlu, detail berlebihan, redundansi, dan membuang-buang kata.

D. Reviu Konsep Laporan Hasil Audit

Tim Satuan Audit Internal bertanggung jawab atas keakuratan informasi dan kelayakan penyajian laporan audit yang diterbitkan. Tanggung jawab utama untuk mereviu dan memeriksa kualitas laporan hasil audit yang akan diterbitkan terletak pada Kepala Satuan Audit Internal, pengendali teknis, dan ketua tim.

Pertimbangkan hal-hal berikut ini untuk melakukan reviu secara efisien terhadap konsep laporan hasil audit:

- 1) Batasi tingkatan reviu. Pada suatu penugasan audit yang sederhana dengan bentuk laporan yang biasa dan masalah-masalah pelaporan yang berulang kali terjadi, hal yang sama tidak perlu direviu sekaligus oleh Kepala Satuan Audit Internal dan pengendali teknis. Namun demikian, paling tidak Kepala Satuan Audit Internal harus membaca laporan audit serta mendiskusikannya dengan tim audit untuk mengetahui apakah seluruh standar telah dipenuhi.
- 2) Jadwalkan reviu secara bersamaan daripada secara berurutan. Suatu pendekatan yang efisien dalam proses reviu mencakup reviu dari Kepala Satuan Audit Internal dan pengendali teknis, serta penyelenggaraan rapat untuk mengonsolidasikan perubahan yang diusulkan dan mendiskusikan hasil reviu yang saling bertentangan. Jika konsep laporan memiliki kualitas yang memadai, reviu dari manajemen dapat dilakukan secara bersamaan. Komunikasi dan diskusi mengenai hasil reviu yang saling bertentangan dapat mengurangi waktu reviu dan mengeliminasi waktu yang dibutuhkan untuk memproses hasil reviu yang saling bertentangan.
- 3) Pertegas tanggung jawab dan arahkan proses reviu. Ekspektasi mengenai tanggung jawab Ketua Tim terhadap kelengkapan, akurasi, dan konsistensi antar komponen laporan harus dikomunikasikan dan dapat diukur secara jelas. Kepala Satuan Audit Internal dan pengendali teknis mengatur reviu mereka sedemikian rupa untuk memberi nilai tambah

- pada proses yang dilakukan, dengan meletakkan fokus utama pada masalah-masalah audit yang timbul pada periode berjalan, hal yang dikonsultasikan dengan pihak lain, dan perubahan yang harus dikomunikasikan kepada manajemen.
- 4) Reviu Ketua Tim dan tanggung jawab untuk mengendalikan laporan. Sedikitnya Ketua Tim harus bertanggungjawab atas laporan bahwa pengungkapan telah lengkap dan akurat serta telah mempertimbangkan saran modifikasi dari anggota tim, dan pengecualian dalam laporan dan pengungkapan yang dibutuhkan telah dimasukkan di dalam laporan audit. Ketua Tim juga bertanggungjawab untuk mengendalikan versi konsep laporan dan menonjolkan pengecualian dan pengungkapan, serta perubahan lain yang berasal dari reviu sebelumnya agar reviu Kepala Satuan Audit Internal dan pengendali teknis lebih terarah.
 - 5) Dapatkan dan realisasikan komentar dari proses reviu yang dilakukan manajemen. Tim audit berusaha untuk memberi auditi suatu konsep laporan sementara untuk keperluan diskusi pada saat rapat penutupan, yang dilakukan pada atau sebelum hari terakhir pelaksanaan pekerjaan lapangan. Batas waktu terakhir untuk mendapatkan komentar auditi dan penjilidan laporan dikonfirmasi ulang di dalam exit meeting.

E. Penandatanganan Laporan Hasil Audit

Laporan audit harus ditandatangani/ diterbitkan oleh Kepala Satuan Audit Internal dan atau Pengendali Teknis sesuai surat tugas. Berdasarkan hukum, peraturan atau ketentuan profesional yang mengatur profesi auditor internal, laporan harus ditandatangani oleh seseorang yang memenuhi kualifikasi dan memiliki izin untuk menandatangani laporan.

Lebih lanjut, peraturan yang berlaku saat ini mengharuskan orang yang menandatangani laporan harus diidentifikasi dengan jelas, sehingga orang yang menandatangani laporan memiliki tanggung jawab pribadi atas penugasan audit yang bersangkutan meskipun ia bukanlah penanggungjawab dalam penugasan audit tersebut.

F. Pendistribusian Laporan Hasil Audit

Pendistribusian Hasil Audit Internal Auditor harus mengomunikasikan dan mendistribusikan hasil penugasan audit internal kepada pihak yang tepat, yaitu Rektor, Wakil Rektor II, Auditee, dan Laporan Semester ke Komite Audit. Pengomunikasian hasil penugasan audit internal harus dilaksanakan tepat waktu kepada pemberi tugas dan pihak yang berkepentingan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Namun dalam hal yang diaudit merupakan rahasia negara maka untuk tujuan keamanan atau dilarang disampaikan kepada pihak-pihak tertentu atas dasar ketentuan peraturan perundang-undangan, auditor dapat membatasi pendistribusian hasil audit. Apabila suatu audit dihentikan sebelum berakhir, tetapi auditor tidak mengeluarkan laporan hasil audit, maka auditor harus membuat catatan yang mengikhtisarkan hasil auditnya sampai tanggal penghentian dan menjelaskan alasan penghentian audit tersebut. Auditor juga harus mengomunikasikan secara tertulis alasan penghentian audit tersebut kepada Rektor.

G. Tindak Lanjut Hasil Audit

Dalam hal melakukan tindak lanjut hasil audit maka seyogyanya auditor untuk memantau dan mendorong tindak lanjut atas simpulan, fakta, dan rekomendasi audit dengan memperhatikan hal berikut :

- a) Auditor harus mendokumentasikan fakta untuk keperluan pemantauan tindak lanjut dan memutakhirkan fakta sesuai dengan informasi tentang tindak lanjut yang telah dilaksanakan auditi.
- b) Pemantauan dan penilaian tindak lanjut bertujuan untuk memastikan bahwa tindakan yang tepat telah dilaksanakan oleh auditi sesuai rekomendasi. Manfaat audit internal tidak hanya terletak pada banyaknya fakta yang dilaporkan, namun juga terletak pada efektifitas tindak lanjut rekomendasi tersebut. Rekomendasi yang tidak ditindaklanjuti dapat merupakan indikasi lemahnya pengendalian auditi dalam mengelola sumber daya yang diserahkan kepadanya.
- c) Apabila auditi telah menindaklanjuti rekomendasi dengan cara yang berlainan dengan rekomendasi yang diberikan, auditor harus menilai efektifitas penyelesaian tindak lanjut tersebut. Auditor tidak harus memaksakan rekomendasinya ditindaklanjuti namun harus dapat menerima langkah lain yang ternyata lebih efektif.
- d) Pada saat pelaksanaan kegiatan audit internal, auditor harus memeriksa tindak lanjut atas rekomendasi audit internal sebelumnya. Sesuai Asosiasi Auditor Intern Pemerintah Indonesia (AAIPI) Standar Audit Intern Pemerintah Indonesia apabila terdapat rekomendasi yang belum ditindaklanjuti, auditor harus memperoleh penjelasan yang cukup mengenai sebab rekomendasi belum dilaksanakan.
- e) Auditor harus menilai pengaruh simpulan, fakta, dan rekomendasi yang tidak atau belum ditindaklanjuti terhadap simpulan atau pendapat atas audit internal yang sedang dilaksanakan.

H. Pendokumentasian Kegiatan Audit

Dokumentasi kegiatan audit internal berbasis risiko terdiri dari:

- 1) Kertas Kerja Hasil audit Survey Pendahuluan;
- 2) Kertas Kerja Pelaksanaan audit;
- 3) Format Laporan Hasil audit; dan
- 4) Format Laporan Monitoring Tindak Lanjut Hasil audit.

Pendokumentasian tahap pelaporan hasil audit dalam bentuk *Hardcopy* dan *Softcopy*.

Ditetapkan di Medan
Pada Tanggal 22 SEP 2020
REKTOR,

RUNTUNG
NIP. 195611101985031002



LAMPIRAN II
 PERATURAN REKTOR UNIVERSITAS SUMATERA UTARA
 NOMOR 11 TAHUN 2020
 TENTANG
 PEDOMAN AUDIT INTERNAL BERBASIS RESIKO

Penilaian Maturitas Manajemen Resiko

	<i>Risk Naive</i>	<i>Risk Aware</i>	<i>Risk Defined</i>	<i>Risk Managed</i>	<i>Risk Enabled</i>	Contoh Pengujian
Karakteristik Utama						
	Tidak Terdapat Pendekatan Formal Dalam Manajemen Resiko	Pendekatan Manajemen Resiko Yang Tidak Terintegrasi	Strategi dan Kebijakan Telah Ada dan Dikomunikasikan. Selera Resiko Telah Ditetapkan	Pendekatan Secara Menyeluruh (<i>Enterprise Approach</i>) Dalam Mengembangkan Manajemen Risiko. Organisasi Juga Telah Mengkomunikasikan Penerapan Manajemen Risiko.	Manajemen risiko dan pengendalian internal telah sepenuhnya menyatu pada kegiatan operasional organisasi	
Proses						
Tujuan Organisasi Telah Ditetapkan	Mungkin	Ya – namun terdapat kemungkinan pendekatan yang diterapkan tidak konsisten	Ya	Ya	Ya	Cek apakah tujuan organisasi telah ditetapkan dan dikomunikasikan kepada seluruh staf. Cek apakah tujuan dan target lainnya telah sesuai dengan tujuan organisasi.

	<i>Risk Naive</i>	<i>Risk Aware</i>	<i>Risk Defined</i>	<i>Risk Managed</i>	<i>Risk Enabled</i>	Contoh Pengujian
Manajemen telah dilatih untuk memahami risiko dan tanggung jawab manajemen terkait risiko	Tidak	Pelatihan Masih Terbatas	Ya	Ya	Ya	Wawancara manajer untuk mengkonfirmasi pemahaman mereka terkait risiko dan sejauh mana manajer telah mengelola risiko
Sistem skor dalam menilai risiko telah ditetapkan	Tidak	Kemungkinan besar tidak ada sistem skor. Jika terdapat system skor, pendekatannya belum konsisten	Ya	Ya	Ya	Cek apakah sistem skor telah disetujui, dikomunikasikan dan digunakan
Selera risiko organisasi telah ditetapkan terkait dengan sistem skor	Tidak	Tidak	Ya	Ya	Ya	Cek dokumen yang berisi selera risiko yang telah disetujui oleh Pimpinan. Yakini bahwa selera risiko telah dikomunikasikan dan telah konsisten dengan sistem skor
Proses untuk menentukan risiko telah ditetapkan dan dilaksanakan	Tidak	Kemungkinan besar tidak	Ya, namun mungkin belum diterapkan di seluruh tingkatan organisasi	Ya	Ya	Uji apakah proses telah memadai dalam mengidentifikasi semua risiko. Cek apakah proses tersebut digunakan

	<i>Risk Naive</i>	<i>Risk Aware</i>	<i>Risk Defined</i>	<i>Risk Managed</i>	<i>Risk Enabled</i>	Contoh Pengujian
Seluruh risiko telah dikumpulkan dalam satu daftar register risiko dan dikaitkan dengan masing-masing pemilik risiko (manajer operasional)	Tidak	Daftar register risiko belum lengkap	Ya, namun mungkin belum diterapkan di seluruh tingkatan organisasi	Ya	Ya	Uji register risiko, pastikan bahwa register risiko telah lengkap, direviu secara berkala, dinilai dan digunakan untuk mengelola risiko. Risiko telah dialokasikan kepada para pemilik risiko (manajer operasional)
Semua risiko telah dinilai merujuk pada sistem skor yang telah ditetapkan	Tidak	Daftar register risiko belum lengkap	Ya, namun mungkin belum diterapkan di seluruh tingkatan organisasi	Ya	Ya	Cek apakah sistem skor yang digunakan dalam penilaian risiko telah konsisten dengan kebijakan yang ada
Respon terhadap risiko telah ditetapkan dan dilaksanakan	Tidak	Beberapa respon telah diidentifikasi	Ya, namun mungkin belum diterapkan di seluruh tingkatan organisasi	Ya	Ya	Uji register risiko untuk memastikan respon yang tepat telah diidentifikasi
Manajemen telah merancang sistem untuk memantau pelaksanaan yang tepat atas proses kunci, respon dan rencana tindak (monitoring controls)	Tidak	Beberapa monitoring controls telah ada	Ya, namun mungkin belum diterapkan di seluruh tingkatan organisasi	Ya	Ya	Uji monitoring controls dan pastikan manajemen mengetahui jika terdapat respon atau proses yang tidak berjalan atau terdapat rencana tindak yang tidak diimplementasikan

	<i>Risk Naive</i>	<i>Risk Aware</i>	<i>Risk Defined</i>	<i>Risk Managed</i>	<i>Risk Enabled</i>	Contoh Pengujian
Risiko telah direviu oleh organisasi secara berkala	Tidak	Beberapa risiko telah direviu namun tidak secara rutin	Reviu secara berkala (tahunan)	Reviu secara berkala (triwulanan)	Reviu secara berkala (triwulanan)	Buktikan bahwa proses reviu telah dilakukan secara berkala
Manajemen melaporkan risiko kepada Pimpinan ketika respon terhadap risiko tidak mampu menurunkan tingkat risiko ke dalam risk appetite	Tidak	Tidak	Ya, namun kemungkinan bukan merupakan proses yang formal	Ya	Ya	Cek apakah Pimpinan telah secara formal diinformasikan jika terdapat risiko yang berada di atas selera risiko
Risiko atas proyek/program/kegiatan baru yang signifikan telah secara rutin dinilai	Tidak	Tidak	Hampir sebagian besar	Semua	Semua	Uji apakah terdapat analisis risiko dalam dokumen perencanaan proyek/program/kegiatan
Tanggung jawab untuk penentuan, penilaian dan pengelolaan risiko telah dicantumkan dalam <i>job description</i>	Tidak	Tidak	Terbatas	Hampir Semua	Ya	Uji job description
Manajer menyediakan assurance atas efektivitas manajemen risiko yang mereka jalankan	Tidak	Tidak	Tidak	Beberapa Manajer	Ya	Uji assurance yang disediakan. Terhadap risiko utama, cek apakah pengendalian dan sistem manajemen pemantauan telah berjalan.

	<i>Risk Naive</i>	<i>Risk Aware</i>	<i>Risk Defined</i>	<i>Risk Managed</i>	<i>Risk Enabled</i>	Contoh Pengujian
Kinerja manajemen dalam mengelola risiko dinilai	Tidak	Tidak	Tidak	Beberapa Manajer	Ya	Lakukan uji petik, apakah kinerja manajemen risiko juga menjadi dasar dalam menilai kinerja manajemen

Ditetapkan di Medan

Pada Tanggal

22 SEP 2020



M. H. H. MONTUNG

NIP. 195611101985031002

LAMPIRAN III
 PERATURAN REKTOR UNIVERSITAS SUMATERA UTARA
 NOMOR II TAHUN 2020
 TENTANG
 PEDOMAN AUDIT INTERNAL BERBASIS RESIKO

ILUSTRASI PERENCANAAN BERBASIS STRUKTUR ORGANISASI

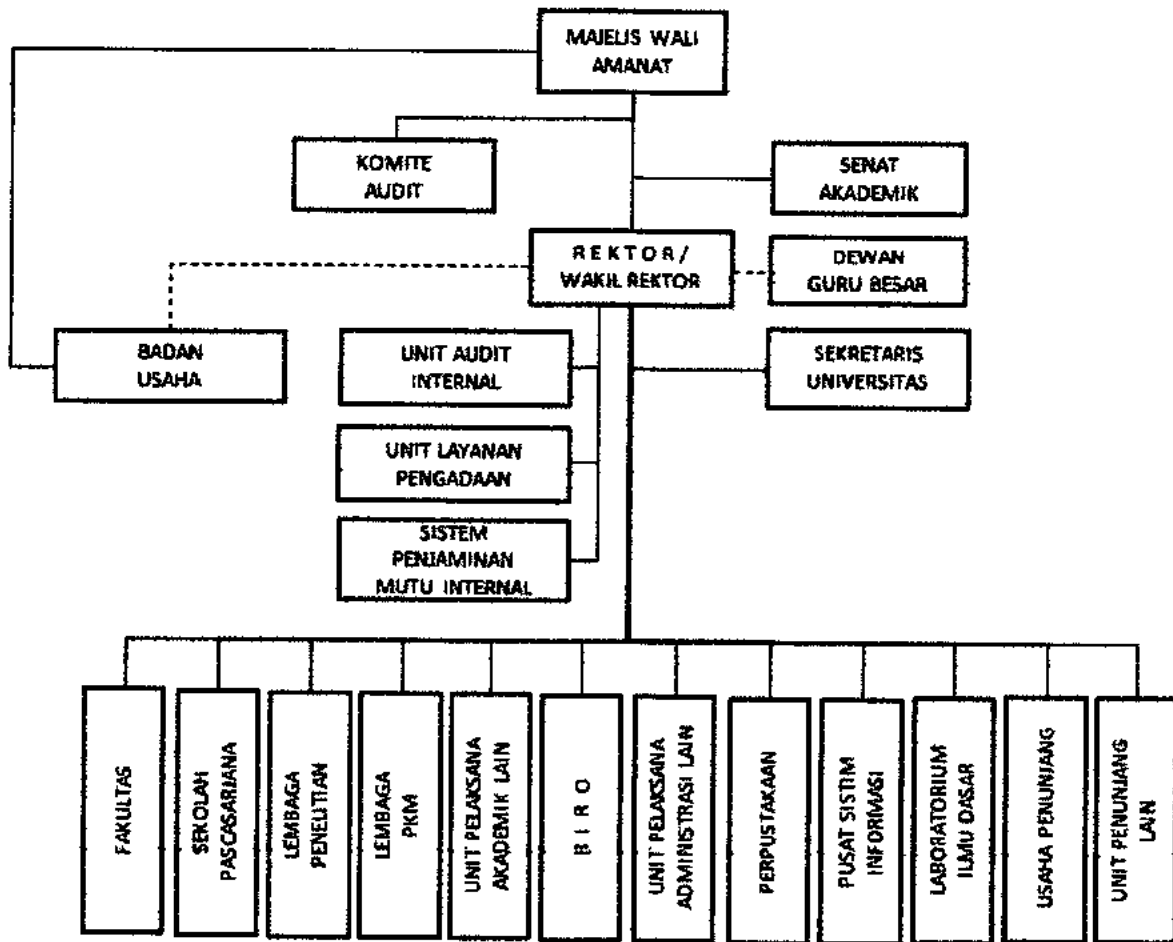
1. Informasi Umum

Pada bagian ini, akan diberikan ilustrasi penerapan pengembangan *audit universe* dan perencanaan audit tahunan dengan dasar unit kerja pada Universitas Sumatera Utara.

2. Menyusun dan Memutakhirkan *Audit Universe* serta Menetapkan Area Audit

Universitas Sumatera Utara sebagai satu organisasi memiliki struktur organisasi yang baku dan jelas. Dengan kondisi ini, mudah bagi auditor untuk menentukan *audit universe*, yang berisi unit-unit potensial untuk diaudit.

Struktur Organisasi Universitas Sumatera Utara



Tahap I Menetapkan Nama Satuan Kerja yang akan diaudit

Daftar Nama Satuan Kerja yang akan diaudit

No	Nama Satuan Kerja	Kategori
1	Biro Akademik	Biro
2	Biro Kemahasiswaan & Kealumnian	Biro
3	Biro Keuangan	Biro
4	Biro Penelitian, Pengabdian Kepada Masyarakat dan Kerjasama	Biro
5	Biro Pengelolaan Aset dan Usaha	Biro
6	Biro Sistem Informasi, Perencanaan dan Pengembangan	Biro
7	Biro Sumber Daya Manusia	Biro
8	Sekretariat Universitas	Biro/ SU
9	Fakultas Ekonomi dan Bisnis	Fakultas
10	Fakultas Farmasi	Fakultas
11	Fakultas Hukum	Fakultas
12	Fakultas Ilmu Budaya	Fakultas
13	Fakultas Ilmu Komputer dan Teknologi Informasi	Fakultas
14	Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik	Fakultas
15	Fakultas Kedokteran	Fakultas
16	Fakultas Kedokteran Gigi	Fakultas
17	Fakultas Kehutanan	Fakultas
18	Fakultas Keperawatan	Fakultas
19	Fakultas Kesehatan Masyarakat	Fakultas
20	Fakultas Matematika Dan Ilmu Pengetahuan Alam	Fakultas
21	Fakultas Pertanian	Fakultas
22	Fakultas Psikologi	Fakultas
23	Fakultas Teknik	Fakultas
24	Sekolah Pascasarjana	Fakultas
25	Lembaga Pengabdian/Pelayanan Kepada Masyarakat	Unit Penunjang
26	Rumah Sakit Gigi dan Mulut	Unit Penunjang
27	Lembaga Penelitian	Unit Penunjang
28	Laboratorium Ilmu Dasar	Unit Penunjang
29	Perpustakaan	Unit Penunjang
30	Poliklinik	Unit Penunjang
31	Pusat Bahasa	Unit Penunjang
32	Pusat Sistem Informasi	Unit Penunjang
33	Rumah Sakit	Unit Penunjang
34	Tambunan A	Unit Penunjang
35	UPT Penerbitan dan Percetakan USU	Unit Penunjang

Tahap II Menetapkan Nilai Risiko

Pada pendekatan dengan struktur organisasi Universitas Sumatera Utara, penentuan risiko-risiko diperoleh dari masing – masing Satuan Kerja setiap awal tahun.

Tabel berikut ini menunjukkan penggambaran Satuan Kerja dan risiko yang spesifik dari masing-masing Satuan Kerja yang akan diaudit.

Daftar risiko

No	Satuan Kerja	Deskripsi Risiko
1	Biro Akademik	Risiko 1
		Risiko 2
		dst
2	Biro Kemahasiswaan & Kealumnian	Risiko 1
		Risiko 2
		dst
3	Biro Keuangan	Risiko 1
		Risiko 2
		dst
4	Biro Penelitian, Pengabdian Kepada Masyarakat dan Kerjasama	Risiko 1
		Risiko 2
		dst
5	Biro Pengelolaan Aset dan Usaha	Risiko 1
		Risiko 2
		dst
6	Biro Sistem Informasi, Perencanaan dan Pengembangan	Risiko 1
		Risiko 2
		dst
7	Biro Sumber Daya Manusia	Risiko 1
		Risiko 2
		dst
8	Sekretariat Universitas	Risiko 1
		Risiko 2
		dst
9	Fakultas Ekonomi dan Bisnis	Risiko 1
		Risiko 2
		dst
10	Fakultas Farmasi	Risiko 1
		Risiko 2
		dst
11	Fakultas Hukum	Risiko 1
		Risiko 2
		dst
12	Fakultas Ilmu Budaya	Risiko 1
		Risiko 2
		dst
13	Fakultas Ilmu Komputer dan Teknologi Informasi	Risiko 1
		Risiko 2
		dst
14	Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik	Risiko 1
		Risiko 2
		dst

No	Satuan Kerja	Deskripsi Risiko
19	Fakultas Kesehatan Masyarakat	Risiko 1
		Risiko 2
		dst
20	Fakultas Matematika Dan Ilmu Pengetahuan Alam	Risiko 1
		Risiko 2
		dst
21	Fakultas Pertanian	Risiko 1
		Risiko 2
		dst
22	Fakultas Psikologi	Risiko 1
		Risiko 2
		dst
23	Fakultas Teknik	Risiko 1
		Risiko 2
		dst
24	Sekolah Pascasarjana	Risiko 1
		Risiko 2
		dst
25	Lembaga Pengabdian/Pelayanan Kepada Masyarakat	Risiko 1
		Risiko 2
		dst
26	Rumah Sakit Gigi dan Mulut	Risiko 1
		Risiko 2
		dst
27	Lembaga Penelitian	Risiko 1
		Risiko 2
		dst
28	Laboratorium Ilmu Dasar	Risiko 1
		Risiko 2
		dst
29	Perpustakaan	Risiko 1
		Risiko 2
		dst
30	Poliklinik	Risiko 1
		Risiko 2
		dst
31	Pusat Bahasa	Risiko 1
		Risiko 2
		dst
32	Pusat Sistem Informasi	Risiko 1
		Risiko 2
		dst

No	Satuan Kerja	Deskripsi Risiko
15	Fakultas Kedokteran	Risiko 1
		Risiko 2
		dst
16	Fakultas Kedokteran Gigi	Risiko 1
		Risiko 2
		dst
17	Fakultas Kehutanan	Risiko 1
		Risiko 2
		dst
18	Fakultas Keperawatan	Risiko 1
		Risiko 2
		dst

No	Satuan Kerja	Deskripsi Risiko
33	Rumah Sakit	Risiko 1
		Risiko 2
		dst
34	Tambunan A	Risiko 1
		Risiko 2
		dst
35	UPT Penerbitan dan Percetakan USU	Risiko 1
		Risiko 2
		dst

3. Identifikasi, Pengukuran, dan Penilaian Risiko serta Penggambaran *Riskmap*

Pada tahap ini, auditor internal harus memastikan masing-masing unit kerja yang akan diaudit telah dilakukan identifikasi dan pengukuran risiko. Sumber penilaian dan konfirmasi penilaian risiko dapat diperoleh auditor dari hasil audit sebelumnya. Sumber yang paling mencukupi tentunya adalah identifikasi risiko dan penilaian yang dilakukan oleh pemilik instansi atau pejabat yang berwenang.

Proses identifikasi dan pengukuran risiko serta penghitungan Dampak dan Kemungkinan dengan formula tersebut akan menghasilkan matriks yang menggambarkan posisi instansi pada *Risk Map* (Besaran Risiko) seperti contoh berikut ini:

Proses identifikasi dan pengukuran nilai risiko

No	Satuan Kerja	Deskripsi Risiko	Dampak	Kemungkinan	Nilai Risiko
1	2	3	4	5	6=(4X5)
1	Biro Akademik	Risiko 1	5	4	20
2	Biro Kemahasiswaan & Kealumnian	Risiko 2	3	5	15
3	Biro Keuangan	Risiko 3	5	3	15
4	Biro Penelitian, Pengabdian Kepada Masyarakat dan Kerjasama	Risiko 1	3	4	12
5	Biro Pengelolaan Aset dan Usaha	Risiko 2	3	4	12
6	Biro Sistem Informasi, Perencanaan dan Pengembangan	Risiko 3	3	4	12
7	Biro Sumber Daya Manusia	Risiko 4	2	5	10
8	Sekretariat Universitas	Risiko 1	4	3	12
9	Fakultas Ekonomi dan Bisnis	Risiko 5	5	2	10
10	Fakultas Farmasi	Risiko 1	4	5	20
11	Fakultas Hukum	Risiko 2	4	4	16
12	Fakultas Ilmu Budaya	Risiko 3	4	3	12
13	Fakultas Ilmu Komputer dan Teknologi Informasi	Risiko 1	5	4	20
14	Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik	Risiko 2	3	5	15
15	Fakultas Kedokteran	Risiko 3	5	3	15
16	Fakultas Kedokteran Gigi	Risiko 4	3	4	12
17	Fakultas Kehutanan	Risiko 5	3	4	12
18	Fakultas Keperawatan	Risiko 1	3	4	12
19	Fakultas Kesehatan Masyarakat	Risiko 2	2	5	10
20	Fakultas Matematika Dan Ilmu Pengetahuan Alam	Risiko 3	5	2	10
21	Fakultas Pertanian	Risiko 1	4	5	20
22	Fakultas Psikologi	Risiko 2	4	4	16

No	Satuan Kerja	Deskripsi Risiko	Dampak	Kemungkinan	Nilai Risiko $6=(4 \times 5)$
1	2	3	4	5	
23	Fakultas Teknik	Risiko 3	4	3	12
24	Sekolah Pascasarjana	Risiko 2	3	4	12
25	Lembaga Pengabdian/Pelayanan Kepada Masyarakat	Risiko 5	3	5	15
26	Rumah Sakit Gigi dan Mulut	Risiko 1	5	3	15
27	Lembaga Penelitian	Risiko 4	5	4	20
28	Laboratorium Ilmu Dasar	Risiko 3	3	4	12
29	Perpustakaan	Risiko 1	3	4	12
30	Poliklinik	Risiko 2	2	5	10
31	Pusat Bahasa	Risiko 3	5	2	10
32	Pusat Sistem Informasi	Risiko 4	4	5	20
33	Rumah Sakit	Risiko 5	4	4	16
34	Tambunan A	Risiko 2	4	4	16
35	UPT Penerbitan dan Percetakan USU	Risiko 3	4	3	12

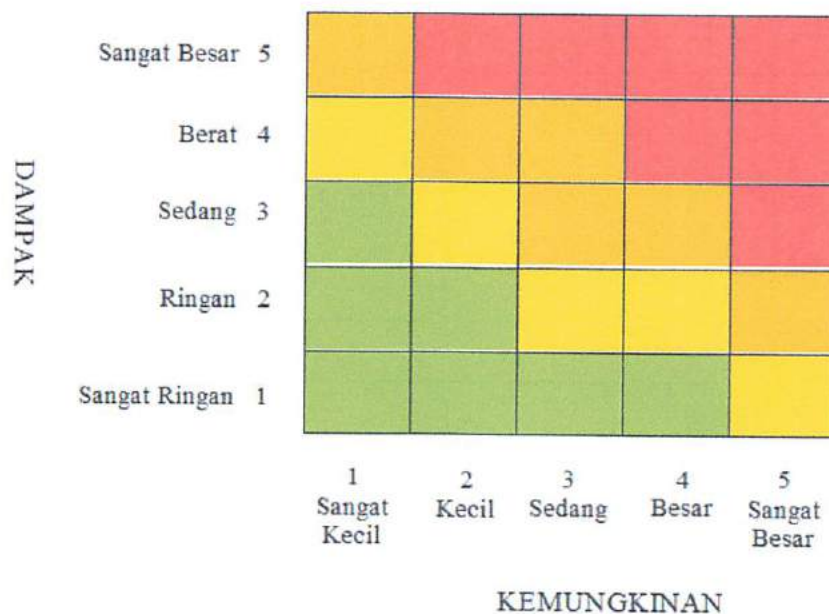
4. Penggambaran pada Risk Map

Risk Map merupakan penggambaran posisi *audit universe* pada sebuah *chart* berupa diagram kartesius yang disusun berdasarkan Nilai Risiko. *Risk Map* ini menggambarkan 5 (lima) area yang menentukan tingkatan risiko terkait (Besaran Risiko) yang dapat dikelompokkan misalnya sebagai berikut:

- 1 1 – 5 : Sangat Rendah
- 2 6 – 11 : Rendah
- 3 12 – 15 : Menengah/Sedang
- 4 16 – 19 : Tinggi
- 5 20 – 25 : Sangat Tinggi

Penempatan Penilaian Risiko dan Besaran Risiko pada *Risk Map* dapat dilihat pada gambar di bawah ini:

Risk Map Penilaian Risiko



5. Penilaian Risiko dengan Memakai Faktor Risiko

Pada tahap ini, auditor intern telah memiliki penilaian risiko atas area, proses bisnis, atau sektor yang memiliki potensi untuk diaudit, serta posisi risiko pada *Risk Map*. Untuk tujuan pemeringkatan area atau proses bisnis berdasarkan risiko, diperlukan "Faktor Risiko" yang akan ditambahkan pada Penilaian Risiko.

Dengan mempertimbangkan Faktor Risiko masing-masing Satuan Kerja, auditor dapat menggabungkan faktor risiko tersebut dengan Besaran Risiko (posisi pada *Risk Map*. Tabel berikut ini merupakan contoh besaran risiko area audit setelah mempertimbangkan Faktor-faktor Risiko bagi tiap Satuan Kerja.

Penilaian Faktor Risiko

No	Satuan Kerja	Nilai Risiko	Faktor Risiko							Total Nilai Risiko
			1	2	3	4	5	6	7	
1	Biro Akademik	20	5	4	1	1	1	1	1	34
2	Biro Kemahasiswaan & Kealumnian	15	3	4	2	1	1	2	2	30
3	Biro Keuangan	15	4	5	2	1	2	1	1	31
4	Biro Penelitian, Pengabdian Kepada Masyarakat dan Kerjasama	12	5	5	1	1	1	2	2	29
5	Biro Pengelolaan Aset dan Usaha	12	5	5	5	5	2	4	1	39
6	Biro Sistem Informasi, Perencanaan dan Pengembangan	12	3	4	1	1	1	1	2	25
7	Biro Sumber Daya Manusia	10	3	3	1	1	1	1	1	21
8	Sekretariat Universitas	12	2	2	1	1	1	1	1	21
9	Fakultas Ekonomi dan Bisnis	10	3	4	4	4	3	5	3	36
10	Fakultas Farmasi	20	2	4	5	3	1	2	3	40
11	Fakultas Hukum	16	3	5	3	4	2	4	3	40
12	Fakultas Ilmu Budaya	12	2	5	5	5	3	4	2	38
13	Fakultas Ilmu Komputer dan Teknologi Informasi	20	2	3	3	2	2	4	2	38
14	Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik	15	2	4	3	5	3	3	1	36
15	Fakultas Kedokteran	15	5	5	5	5	5	3	1	44
16	Fakultas Kedokteran Gigi	12	3	4	5	3	2	3	1	33
17	Fakultas Kehutanan	12	1	2	1	2	1	3	2	24
18	Fakultas Keperawatan	12	1	3	4	2	1	3	2	28
19	Fakultas Kesehatan Masyarakat	10	2	3	3	3	1	3	3	28
20	Fakultas Matematika Dan Ilmu Pengetahuan Alam	10	2	5	5	5	4	3	1	35
21	Fakultas Pertanian	20	2	4	5	5	3	3	2	44
22	Fakultas Psikologi	16	1	3	2	2	1	2	2	29
23	Fakultas Teknik	12	3	5	5	5	4	3	3	40
24	Sekolah Pascasarjana	12	2	3	3	1	2	2	3	28
25	Lembaga Pengabdian/Pelayanan Kepada Masyarakat	15	2	4	1	1	1	3	3	30
26	Rumah Sakit Gigi dan Mulut	15	1	2	1	1	1	1	1	23
27	Lembaga Penelitian	20	5	5	1	1	1	2	3	38

No	Satuan Kerja	Nilai Risiko	Faktor Risiko							Total Nilai Risiko
			1	2	3	4	5	6	7	
28	Laboratorium Ilmu Dasar	12	1	2	5	1	1	2	2	26
29	Perpustakaan	12	2	3	5	2	1	2	2	29
30	Poliklinik	10	1	2	1	1	1	3	3	22
31	Pusat Bahasa	10	1	1	1	1	1	1	3	19
32	Pusat Sistem Informasi	20	2	3	5	1	1	2	1	35
33	Rumah Sakit	16	5	5	5	5	1	2	1	40
34	Tambunan A	16	1	2	1	1	1	2	3	27
35	UPT Penerbitan dan Percetakan USU	12	1	1	1	1	1	2	1	20

Hasil pada kolom "Total" dapat diurutkan dari nilai terbesar ke nilai yang terkecil menjadi urutan peringkat nilai instansi yang akan diaudit. Dengan menggunakan peringkat ini auditor dapat menentukan urutan prioritas instansi yang akan diaudit pada tahun yang akan datang. Sebagai contoh:

Nilai >36		Audit tiap tahun
Nilai 31 - 36		Audit tiap dua tahun sekali
Nilai < 31		Audit tiap tiga tahun sekali

Contoh atas penerapan perencanaan audit berbasis risiko untuk penjadwalan dan prioritas satuan kerja yang akan diaudit pada Universitas Sumatera Utara tersaji seperti Tabel di bawah ini.

Jadwal Audit berdasarkan Penilaian Risiko

No	Satuan Kerja	Total Nilai Risiko	2020	2021	2022	2023
1	Biro Akademik	34		√		√
2	Biro Kemahasiswaan & Kealumnian	30			√	
3	Biro Keuangan	31		√		√
4	Biro Penelitian, Pengabdian Kepada Masyarakat dan Kerjasama	29			√	
5	Biro Pengelolaan Aset dan Usaha	39	√	√	√	√
6	Biro Sistem Informasi, Perencanaan dan Pengembangan	25			√	
7	Biro Sumber Daya Manusia	21			√	
8	Sekretariat Universitas	21			√	
9	Fakultas Ekonomi dan Bisnis	36		√		√
10	Fakultas Farmasi	40	√	√	√	√
11	Fakultas Hukum	40	√	√	√	√
12	Fakultas Ilmu Budaya	38	√	√	√	√
13	Fakultas Ilmu Komputer dan Teknologi Informasi	38	√	√	√	√
14	Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik	36		√		√
15	Fakultas Kedokteran	44	√	√	√	√
16	Fakultas Kedokteran Gigi	33		√		√
17	Fakultas Kehutanan	24			√	
18	Fakultas Keperawatan	28			√	
19	Fakultas Kesehatan Masyarakat	28			√	
20	Fakultas Matematika Dan Ilmu Pengetahuan Alam	35		√		√
21	Fakultas Pertanian	44	√	√	√	√
22	Fakultas Psikologi	29			√	

No	Satuan Kerja	Total Nilai Risiko	2020	2021	2022	2023
23	Fakultas Teknik	40	√	√	√	√
24	Sekolah Pascasarjana	28			√	
25	Lembaga Pengabdian/Pelayanan Kepada Masyarakat	30			√	
26	Rumah Sakit Gigi dan Mulut	23			√	
27	Lembaga Penelitian	38	√	√	√	√
28	Laboratorium Ilmu Dasar	26			√	
29	Perpustakaan	29			√	
30	Poliklinik	22			√	
31	Pusat Bahasa	19			√	
32	Pusat Sistem Informasi	35		√		√
33	Rumah Sakit	40	√	√	√	√
34	Tambunan A	27			√	
35	UPT Penerbitan dan Percetakan USU	20			√	

Ditetapkan di Medan

Pada Tanggal

22 SEP 2020



REKTOR,

RUJUNG

NIP. 195611101985031002